

АХМЕТ ЯСАУИ
УНИВЕРСИТЕТІ

Қожа Ахмет Ясауи атындағы қазақ-түрік университеті

ТАҚЫРЫБЫ:

Асқан-өңештік рефлюкс және эзофагит. Диагностикасы, клиникасы. Созылмалы гастриттің этиологиясы, этиопатогенезі. *Helicobacter pylori*-дің маңызы. Аурудың ағымы.

Орындаған: Джуманова

Нұрланова А.

Тексерген:

Топ: СТК-341

Түркістан 2017

Жоспары:

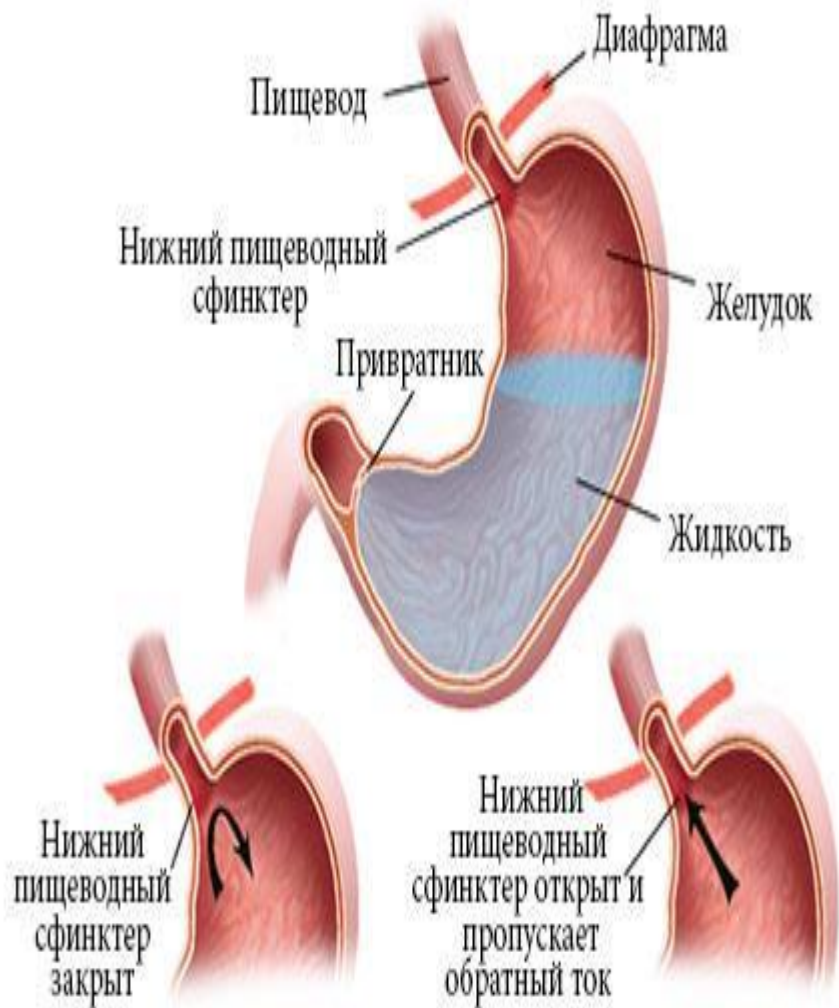
- *Кіріспе*
- Негізгі бөлім:*
 - *Гастроэзофагальді рефлюкс ауруы*
Этиологиясы, клиникалық көріністері,
жіктелуі, асқынулары
 - *Диагнозы, емдеу принциптері*
 - *Созылмалы гастрит және*
хеликобактерпилори
- Қорытынды*
- Пайдаланған әдебиеттер*

Гастроэзофагальды рефлюкстік ауру

(ГЭРА; син.: рефлюкс – эзофагит) – асқазан және/немесе он екі елі ішек құрамының қайта құйылуының (рефлюкс) нәтижесінде пайда болатын өңештің кілегей қабығының қайталамалы, созылмалы қабынуы. Гастроэзофагальды рефлюкс сау адамдарда болады, олардың тәулік ішіндегі саны 50 жетеді (күндіз жиірек болады, әдетте тамақ қабылдағаннан кейін, түнде сирегірек болады), олардың жалпы ұзақтығы тәулік ішінде 1 сағаттан аспайды. ГЭРА рефлюкс жиілегенде және асқазан құрамының өңештің төменгі үштен бірі кілегей қабығымен жанасу уақыты ұзарғанда пайда болады.

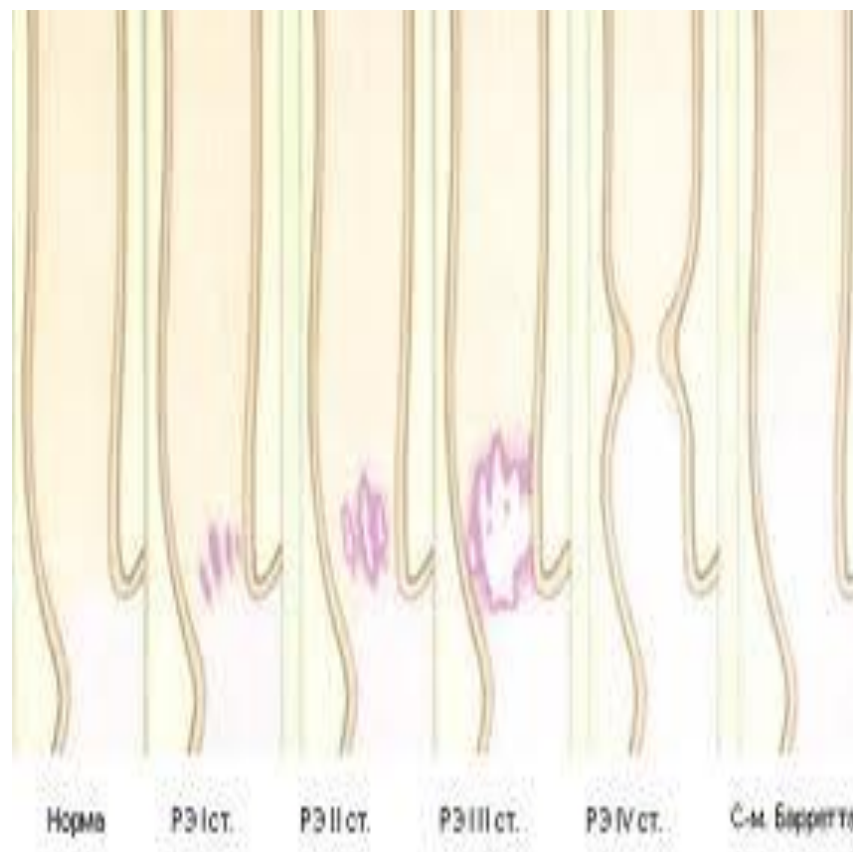
ГЭРА тұрғындардың 3-4% кездеседі.

Гастроэзофагеальный рефлюкс



Гастроэзофагальді рефлюкс ауруы (ГЭРА)

- *Өңештің кең спектрлі бұзылысы мен оның өңештен тыс көріністері, асқазан құрамының өңешке патологиялық лақтырылысы (рефлюкс).*
- *ГЭРА – гастроэнтерологиялық дерттерің ең жиісі, популяциядағы жиілігі 2-4%. Уақытылы, спонтанды асқазан немесе 12 елі ішек құрамының өңешке кейін түсуі өңештің дисталді бөлігінің бұзылысына әкеледі.*

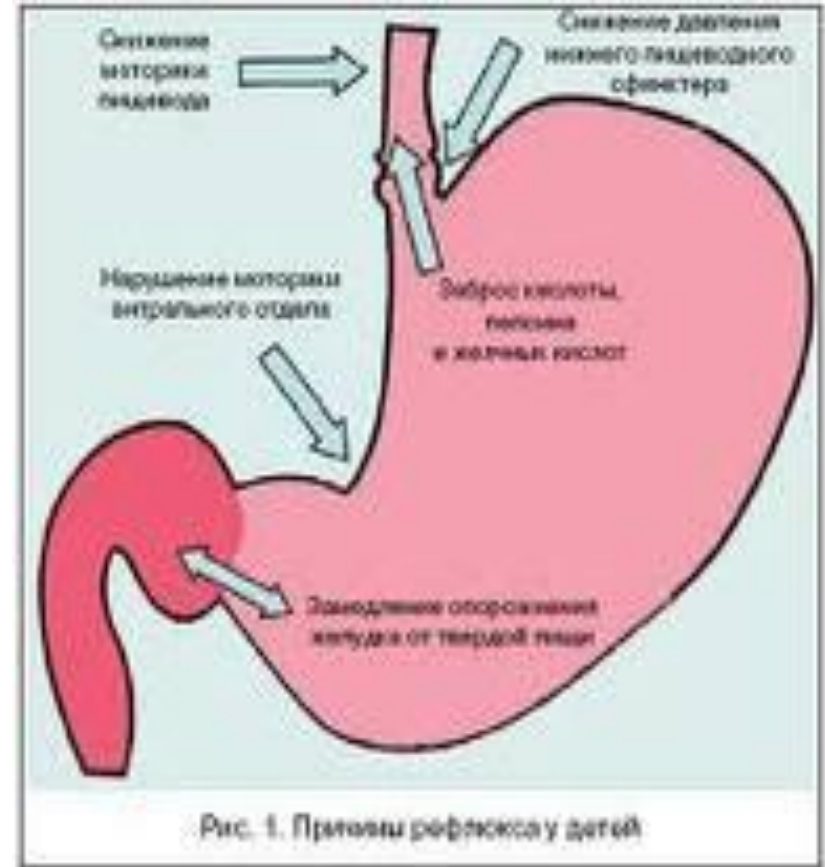


Этиологиясы

- ГЭРА- көпфакторлы ауру. Ауруға бейімдейтін факторларға: стресс жағдайлар, нерв-психикалық ауыртпашылықтар, семіру, тамақ ішкен кездегі ыңғайсыз қалып, темекі шегу, алкоголь ішу, хиатус жарығы, кейбір дәрілерді тиімсіз қаблдау(Са антагонистері, антихолинергиялық дәрілер, бета-блокаторлар т.б)
- ГЭРА-ның негізгі себебі – асқорыту жолының жоғарғы бөлігінің моторлық қабілетінің бұзылысы, осыдан төменгі өңеш қысқышы маңында қысым төмендеп, асқазанда жоғарылайды.

Этиологиясы

1. ТӨҚ қабілетінің бұзылысы;
2. Өңеш клиренсінің төмендеуі;
3. Рефлюкантиң жарақаттау қабілеті;
4. Өңеш шырышының қорғау қабілетінің төмендеуі;
5. Асқазанның босауының кешеуілдеуі;
6. Іш қуысы қысымының жоғарылауы т.б.



КЛАССИФИКАЦИЯСЫ

ГЭРА

1. Гастроэзофагеальды рефлюксті ауру (ГЭРА), эзофагитсіз (немесе эндоскопиялық негативті рефлюкс ауруы, немесе эрозиясыз рефлюксті ауру) – эндоскопияда табылмайтын өңештің кілегей қабығының зақымдануы.

2. Рефлюкс – эзофагит – эндоскопияда көрінетін өңештің кілегей қабығының зақымдануы.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ

Пищеводные проявления

Внепищеводные проявления

Клинические проявления

1. Типичные проявления гастроэзофагеального рефлюкса;
2. Некоронарогенные боли за грудиной.

Синдромы повреждения структуры пищевода

1. Рефлюкс-эзофагит;
2. Пептическая стриктура пищевода;
3. Пищевод Барретта;
4. Аденокарцинома пищевода

С установленной взаимосвязью

1. Рефлюкс-ассоциированный кашель;
2. Рефлюкс-ассоциированный ларингит;
3. Рефлюкс-ассоциированная бронхиальная астма;
4. Рефлюкс-ассоциированные эрозии эмали зубов

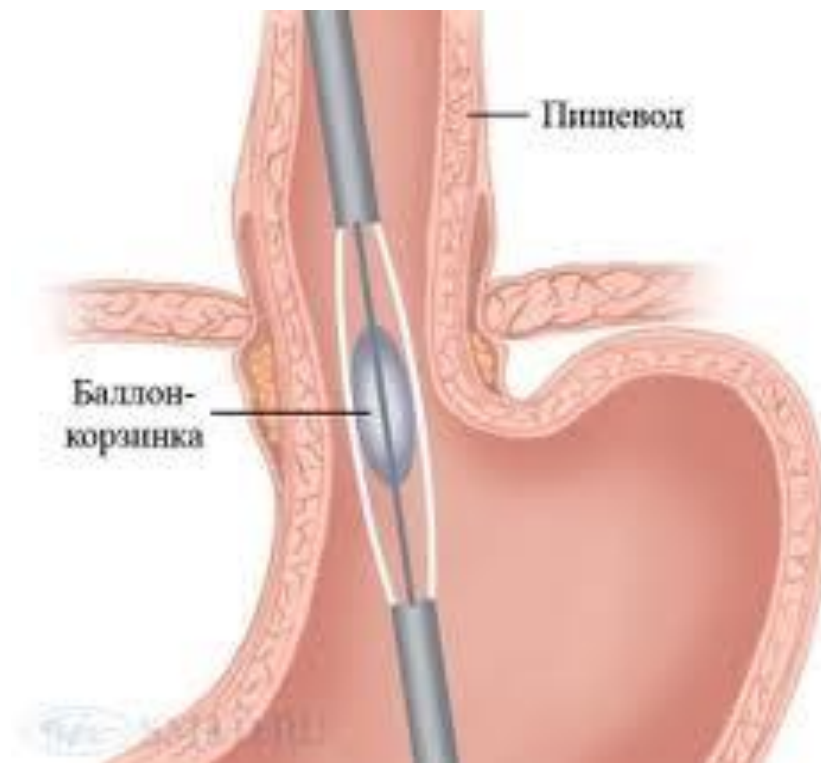
Проявления, связь которых с гастроэзофагеальным рефлюксом предполагается

1. Фарингит;
2. Синусит;
3. Идиопатический фиброз легких;
4. Рецидивирующий отит.

Рис. 1. Монреальская классификация проявлений ГЭРБ [1]

Клиникалық көріністері (өңештік)

- Лоқсулар
- Кекіру
- Қыжыл
- Одинофагия
- Кеуде артының ауруы.



Өңештен тыс көріністері

- Апноэ
- Ларингоспазм
- Бронхоспазм
- Пневмония
- Фарингит
- Отит
- Ларингит



ГЭРА клиникасы және диагностикасы

Клиникасы.

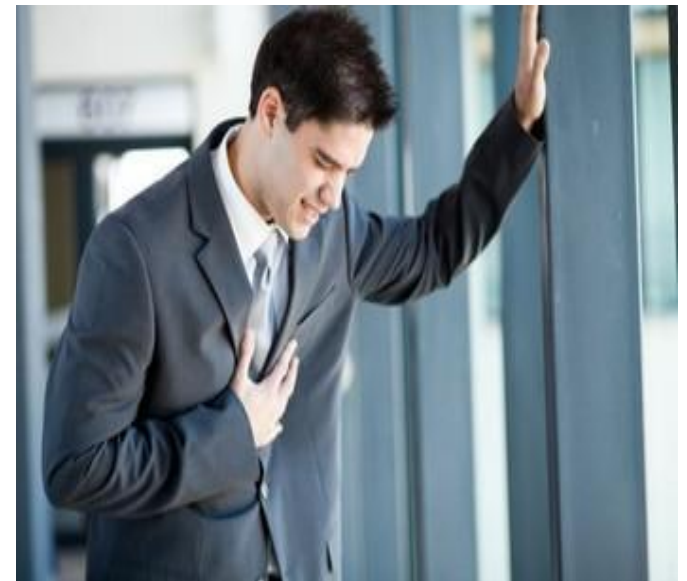
ГЭРА ең жиі симптомдары – қыжыл, ауыру, регургитация, сілекей ағу, дисфагия, ықылық ату және кұсу, өңештен тыс симптомдар.

Клиникасы

1. Ауру сезімі. Төстің төменгі бөлігінде тамақ ішкен соң бірден «қыру, күйік» сезімінің болуы. Ауру сезімі өте күшті болса, бала тамақ ішуден бас тартады.
2. Қыжыл (ретростернальдық және мойындық қыжыл). Әдетте ашқарынға, тамақ ішкен соң, ауыр физикалық жүктемеден соң байқалады. Сәбилер бұл сезімді жеткізе алмайды.
3. Басқа диспепсиялық бұзылыстар- жүрек айнуы, дыбысты кекірік, құсу, ықылық ату, дисфагия.
4. ГЭРА-мен ауыратын балалардың 40-80%-да бронх демікпесінің симптомдары білінеді.

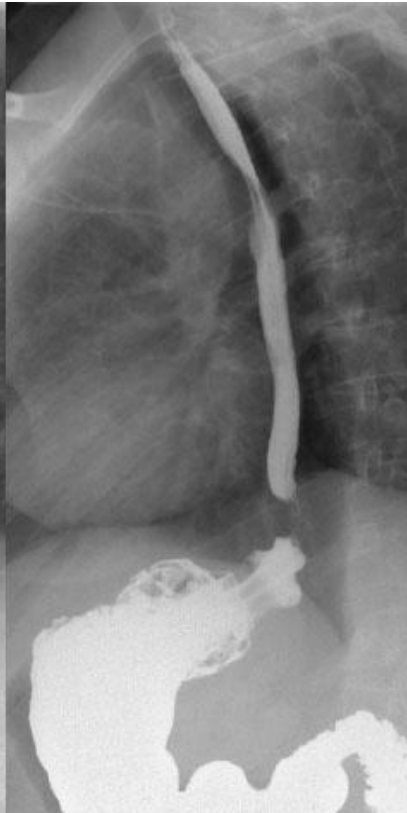
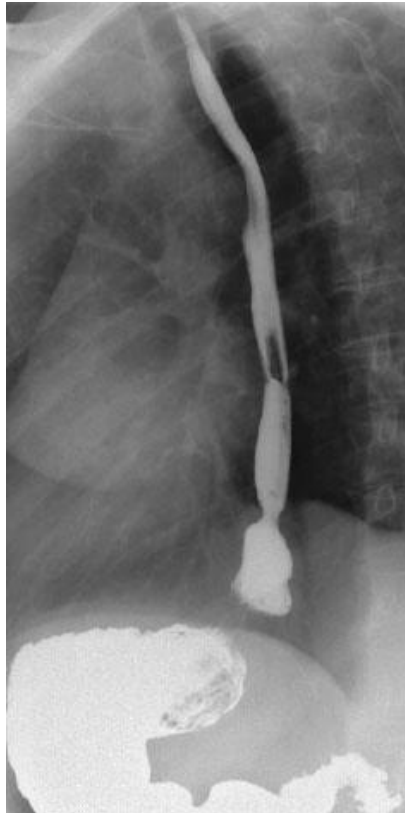


- -
 -
- көп жағдайда клиникалық көрінісіне карап гастроэзофагальді рефлюкс синдромын анықтау қиын болып табылады.
- Өңештегі рН-4 төмен болса, клиникслық белгілер айқын көрінбейді.



ГЭРА көрінісі





Классификациясы

- *А дәрежесі- қатпар маңындағы эрозиялы жарақат аумағы <5мм.*
- *В дәрежесі- бір қатпар маңындағы ошақ көлемі > 5мм.*
- *С дәрежесі- екі қатпар арасындағы біріккен эрозиялар, бірақ тесік кардия шеңберінің 75%-нан кем емес.*
- *Д дәрежесі- кардия шеңберінің төңірегіндегі эрозиялар > 75%.*

Степень А	Степень В
воспалительные изменения в слизистой ограничены в пределах складки, до 5 мм	изменения в слизистой оболочке более 5 мм, распространяющиеся на 2 складки
Степень С	Степень D
изменения в слизистой оболочке, распространяющиеся на несколько складок, но не циркулярные	обширные воспалительные изменения в слизистой оболочке, распространяющиеся более чем на 75 % окружности

Рис. 1. Классификация рефлекс-эзофитов, основанная на эндоскопических критериях, характеризующих изменения слизистой оболочки пищевода



Рис. 4. 3 степень эзофагита (объяснено в тексте)

- *3-ші және 4-ші дәрежелі ГЭРА кезіндегі өңеш қабырғасындағы өзгерістер*



Рис. 5. 4 степень эзофагита (объяснено в тексте)

РЕНТГЕНІ БАРИЙЛІК ҚОСПАНЫ

ЭЗОФАГОМАНОМЕТРИЯ

Диагнозы

- Анамнезінде асқорыту жолының жоғарғы бөлігінің дерті: созылмалы гастрит, гастродуоденит, асқазан мен 12-елі ішектің ойық жара ауруы;
- рН-метрия тексерісінде өңеш құрамының қышқылдануы 4,0 немесе одан төмен;
- Бернштейн тесті оң(+);
- Өңеш құрамының рН-на тәулік бойы мониторинг жүргізгенде: тәулік бойында рефлюкс эпизодтарының жалпы саны 50-ден аса немесе өңеш ортасының рН шамасының 4,0-тен кем болмауы 1 сағ аса;
- Эзофагоскопияда- өңеш шырышының қабыну белгілері, кардиалды қысқыш жетіспеушілігі, асқазан құрамының өңешке лақтырылысы.

Диагнозы

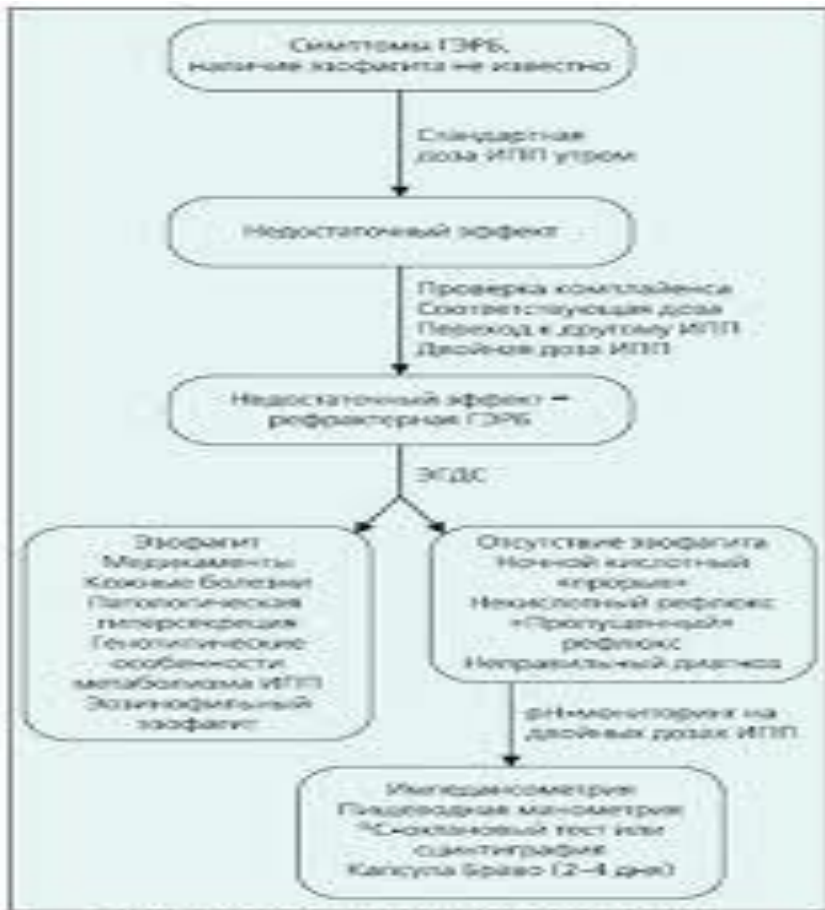


Рис. Диагностический алгоритм при рефрактерной ГЭРБ

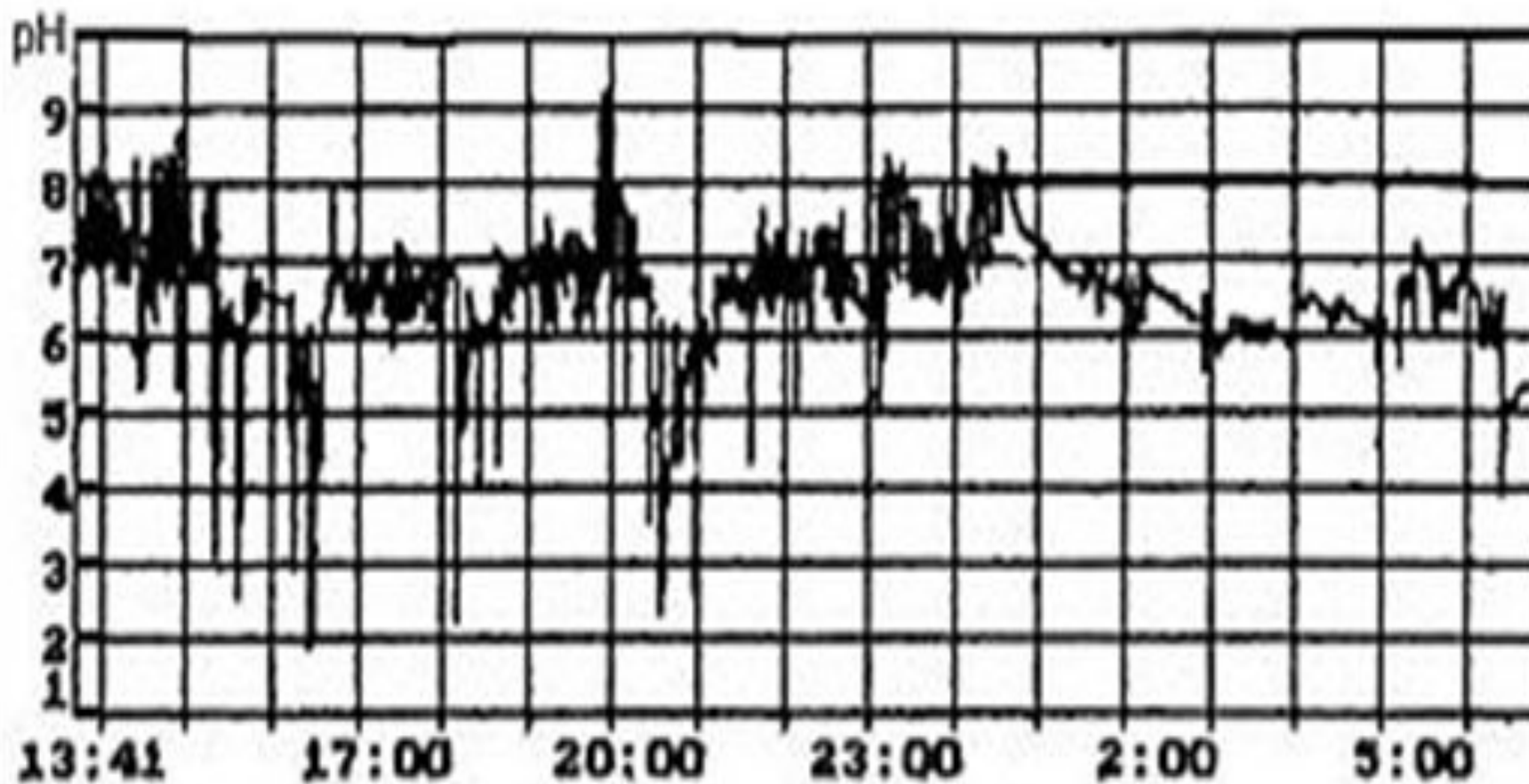


Асқынулары

Өңеш шырышының ауыр бұзылысында:

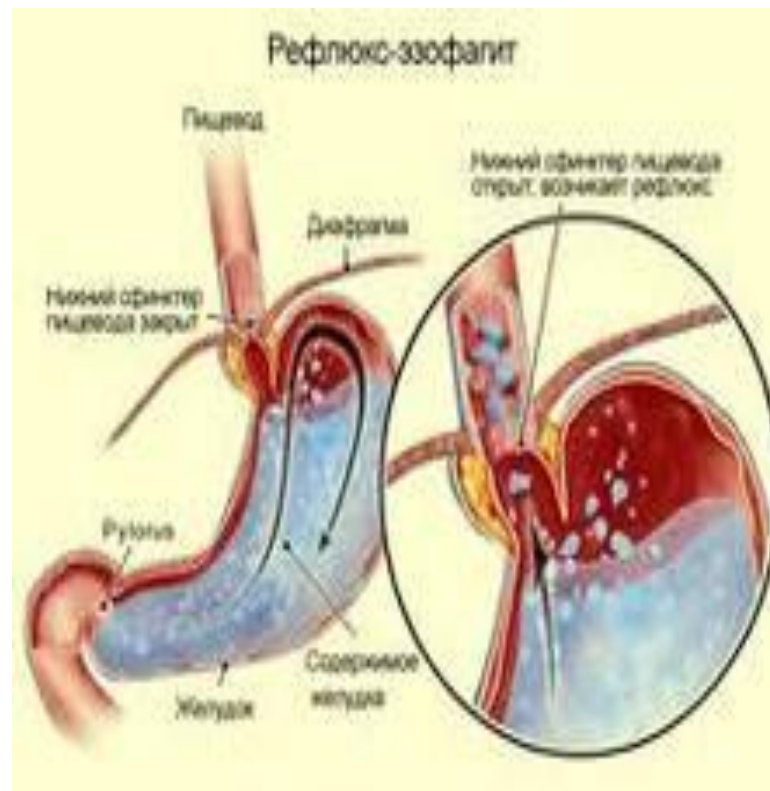
- *Пептикалық жара- өңештің іш бөлігінде орналасып, кеуде артындағы ауру сезімімен, одинофагиямен байқалады, кейде қан аралас құсу немесе жасырын қан кетулер болып, ГТА дамуы мүмкін.*
- *Өңеш стриктурасы (стеноз) ауруға тұрақты симптомдар береді: дисфагия, регургитация, кахексия.*
- *Баррет өңеші ГЭРА-мен науқас балалардың 7-13%-да кездеседі.*

Өңеш құрамының рН-на тәулік бойғы мониторинг



Ажырату диагнозы

- *Ажырату диагнозын өкпе ахалазиясымен жүргізеді. Оның:*
 1. *Клиникасы бірдей*
 2. *Ағымы үдемелі*
 3. *Рентгенде қысылу ошағы диафрагмадан төмен орналасады*
 4. *Асқазанда ауа болмайды*
 5. *Тұрақты қысылу ошағы және супрастеноздық өңеш стенозы анықталады.*



Емі

- *Емдік тамақтану және күн тәртібін ұйымдастыру.*
- *ГЭРА-мен науқас жиі (күніне 5-6 рет), аз мөлшерде тамақтануы тиіс.*
- *Клапанның тонусын төмендететін тағамдар: мал майы, кофе, шоколад, цитрустар, томат және оның шырыны берілмеуі керек.*
- *Рефлюксте аз-аздан тамақтанып, соңынан серуендеуі жөн. Тамақтан соң иіліп, бүгілмей, 2-2,5 сағ дейін, әсіресе кешкісін жатпау керек. Кешкі тамақты ұйықтардан 3 сағат бұрын ішкен дұрыс, ұйқы алдында жарты стакан айран пайдалы.*
- *Емшектегі балаға даяр қоспалар беріледі: «Фрисовом», «нутрилон», «Сэмпер», әсері 10-14 күннен соң байқалады.*

Дәрілік емі

- *ГЭРА-емінде дәрілердің 3 тобы қолданылады:*
 1. *Асқазан секрециясын төмендететін дәрілер (антацидтер, альгинаттар, гистаминнің H₂-рецепторларын тежегіштер).*
 2. *Асқазан жолдарының моторлы-эвакуаторлық қабілетін қалпына келтіретін дәрілер немесе прокинетиктер.*
 3. *Өңеш шыршышының протекторлары.*

Дәрілік ем

- Антацидтер кешенді дәрілер түрінде шығарылады, негізін алюминий, магний гидрототығы құрайды (алмагель, фосфалюгель, маалокс т.б). Дәрі тамақтан соң 1,5-2 сағ соң беріледі.
- ГЭРА-ның II-III дәрежесінде гистаминнің H₂ рецепторларының блокаторлары (ранитидин, фамотидин) қолданылады. Әдетте кешкі астан соң 1 рет беріледі.
- Прокинетикилер (мотилиум, метоклопрамид)- 0,25 мг/кг есебінен күніне 3-4 рет, ересек балаларға 2-4 ретке тәуліктік мөлшері 15-40 мг.
- Протекторлардан ең тиімдісі- сукральфат. Таблетканы ұсақтап, жылы сумен араластырып, күніне 3 рет ас алдында, ең соңғы мөлшерін түнде береді. Курсы 4-6 апта.

Хирургиялық ем көрсеткіштері

- *Консервативті емнің әсері болмаса немесе ГЭРА асқынуы болса, хирургиялық ем жүргізіледі:*
 1. *ГЭРА-ның айқын белгілері және өңештің ауыр эрозивті-жаралы бұзылысының 12 ай бойы дәрілік емге бой бермеуі.*
 2. *ГЭРА асқынулары: Баррет өңеші, қан кетулер, стриктуралар.*
 3. *ГЭРА-ның диафрагманың өңештік тесігінің жарығымен қабаттасуы.*

■ *Созылмалы гастрит*

*асқазан кілегей қабығының жасушалық
инфильтрациясымен, регенерациясының
бұзылысымен үнемі мендеуінен бездік
эпителийдің атрофиясына, кілегей қабықтың
ішектік метаплазиясына алып келетін
асқазанның секрециялық моторикалық
инкрециялық функцияларының
жетіспеушілігінен туғызатын, асқазан кілегей
қабығының созылмалы қабыну ауруы.*

ЭТИОЛОГИЯСЫ.

- *Экзогендік себептер: алиментарлық, психоэмоционалдық, экологиялық, дәрі-дәрмектер, тағамдық аллергия, лямблиоз. Дегенмен бұлар себептен гөрі арандатушы факторларға жақын. Сенімділері:*
- *1) дәрі-дәрмектер, әсіресе ГКС, СҚҚД ұзақ қабылдағанда;*
- *2) тағамдық аллергия (сирек кездесетін эозинофилдік гастрит);*
- *3) паразитарлық инвазиялар, әсіресе лямблиоз (созылмалы дуоденит себебі). Эндогендік СГ басқа аурулар бойында дамиды: қант диабетінің І-типі, аутоиммунды тиреоидит, СБЖ т.б. яғни аутоиммундық үдеріс салдары, себебі бұл жағдайларға асқазан клеткаларына қарсы аутоденелер анықталуы тән және аутосомды-доминантты жолмен беріледі деп топшыланады.*

Тағамдық алленгендер, гигиеналық тәртіп бұзылғаннан болады.



Жіктелуі

Формасы бойынша	Этиологиясы бойынша	Орналасуы бойынша	Гистологиялық көрнісіне қарай	Эндоскопиялық түрі
Жедел созылмалы	Аутоиммунды Реактивті идиопатиялық	антральдық фундальдық пангастриттік	жеңіл, орта, ауыр, атрофия, ішектік метоплазия	эритематозды, эрозивті, атрофиялық, геморрагиялық , гиперпластика лық

ПАТОГЕНЕЗІ.

- *Этиологиялық факторға байланысты.*
- *Нр-тіркес гастродуоденитте жұзу отбасында немесе фекальді-оралды жолмен, кейде таза емес эндоскоп, зонд арқылы. Нр троптығына байланысты басында антральды бөлігін жайлап, кейін асқазанның денесіне, сосын 12 елі ішекке жайғасуы мүмкін.*

□ *Белсенді көбейіп, эпителийге тұрақтап, вируленттік факторлар түзеді муциназа, фосфолипаза А, уреаза, токсиндер - Vac А, Cag А, В, С. Мұнда ең мәндісі - уреаза, ол мочевианы гидролиздеп, CO_2 және аммиак эпителийді жарақаттап, микроб өсуіне ыңғайлы орта түзеді; рН жоғарылайды, мембраналық ферменттер белсенділігі бұзылып, J-клеткалар гастринді көп түзіп, секреция күшейеді.*

Патоморфологиясы

- 1 Қабыну – (лимфоцит, плазмоциттермен инфильтрация – жергілікті иммундық жүйенің реакциясы») өршу кезінде бұған нейтрофилдер мен эозинофилдер қосылады*
- 2 Атрофия – әсіресе А гастритте, бірақ ұзақ ағымда Нр-тіркес гастритте де антральды бөлігінде атрофия байқалады*
- 3 Эпителій регенерациясының бұзылуы- дегенерациясы гастриттің типіне қарамай, процесстің тереңге өтуі, тіпті ісік шығу алдындығы жағдайлар*

Клиникалық көріністері

Бұл диагноз эндоскопиялық зерттеу арқылы дәлелденеді. Сырқат белгі бермей ұзақ уақыт жүруі мүмкін. Диспепсиялық синдром мен эпигастрий аймағының ауыру сезімі морфологиялық өзгерістерге сәйкес келуі сирек кездеседі. Кей жағдайларда ауру клиникалық белгілерінсіз-ақ пайда болады. Ол эндоскопия кезінде анықталады. Қышқыл түзгіш функциясы қалыпты немесе көтеріңкі созылмалы гастрит симптомдар, оның ішінде аш қарынға білінетін, түнде кешірек байқалатын ауыру сезімі, қышқылмен кекіру, іштің қату белгілері анықталады.

Қышқыл түзгіш функциясы төмен, яғни секреторлық функциясы жеткіліксіз созылмалы гастрит көбіне жасы ұлғайған адамдарда болады, эпигастрий тұсында сыздаған ауыру сезімі, тәбеттің темендеуі, ауамен кекіру, іштің желденуі, іштің өту белгілері байқалады. Ұзақ уақытқа созылған ахилия бірте-бірте дене салмағының темендеуіне әкеледі, гиповитаминоз симптомдары (тырнақтың сынуы, еріннің жарылуы, т.б.) пайда болып В12 тапшылық анемия дамиды.

- Созылмалы гастриті бар адамдарды объективті қарау кезінде көп өзгеріс болмайды, кейбір жағдайларда пальпация кезінде асқазан ауруы бар екендігі анықталады.

Созылмалы гастриттің диагностикасында асқазанның қышқыл және пепсин түзгіш қызметі зерттеледі. Оны асқазанды фракциялық немесе асқазанішілік рН-метрия әдістерімен зерттей отырып анықтайды. Рентгенологиялық зерттеу асқазанның моторикасының бұзылуын анықтауға көмектеседі. Ол асқазанның кілегей қабаты бетінің пішінін сипаттайды. Дегенмен созылмалы гастриттің диагностикасында негізгі зерттеу әдісі эндоскопия болып табылады.

Созылмалы гастрит панкреатит, колит, энтерит, холецистит ауруларымен жиі серіктес, сондықтан осы жағдайды ескере отырып, науқасты жан-жақты тексерген жөн.

Созылмалы гастрит ұзақ уақыт бойы жай дамуымен, көптеген жылдар ішінде үдеу және ремиссия кезеңдерінің алмасуымен, пайда болған өзгерістердің біртіндеп ұлғаюымен сипатталады. Фундальды бөлімінің атрофиясы аутоиммундық өзгерістерге, эпителиінің дистрофиясына жетелейді, оның өзі обырдың дамуына әкелетін бірден-бір себеп болып табылады. Аурудың жеңіл түрлерінде ем қолданылмайды. Созылмалы гастриттің үдеу кезеңінде емдемдік тағамдану, симптоматикалық терапия, санаторлы-курорттық ем түрлері тағайындалады.

Қорытынды

Пайдаланган әдебиеттер

- *Интернет сайттары: Google.ru,*
- *<http://otdavleniya.ru/>*
- *<http://horoshey.ru/bolezn/57>*