

СӨЖ

Гастроэзофагиальді
рефлюкс .

Орындаған: Тобы:ЖМ-003 Алякпарова С
Қабылдаған:

Жоспары:

- Гастроэзофагиальді рефлюкс ауруы;
- Этиологиясы;
- Патоморфологиясы;
- Классификациясы;
- Клиникасы;
- Қосымша тексерулер;
- Асқынулары;

- Гастроэзофагиальді рефлюкстік ауру (ГЭЗА, син, рефлюкс-эзофагит) – асқазан және он екі елі ішек құрамының қайта құйылуының нәтижесінде пайда болатын өңештің кілегей қабығының қайталамалы, созылмалы қабынуы.
- Гастроэзофагиалдық рефлюкс сау адамдарда болады, олардың тәулік ішіндегі саны 50-ге 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 тұрғындарының 3-45% кездеседі.

Gastroesophageal Reflux

Esophagus

Lower Esophageal Sphincter Open Allowing Reflux

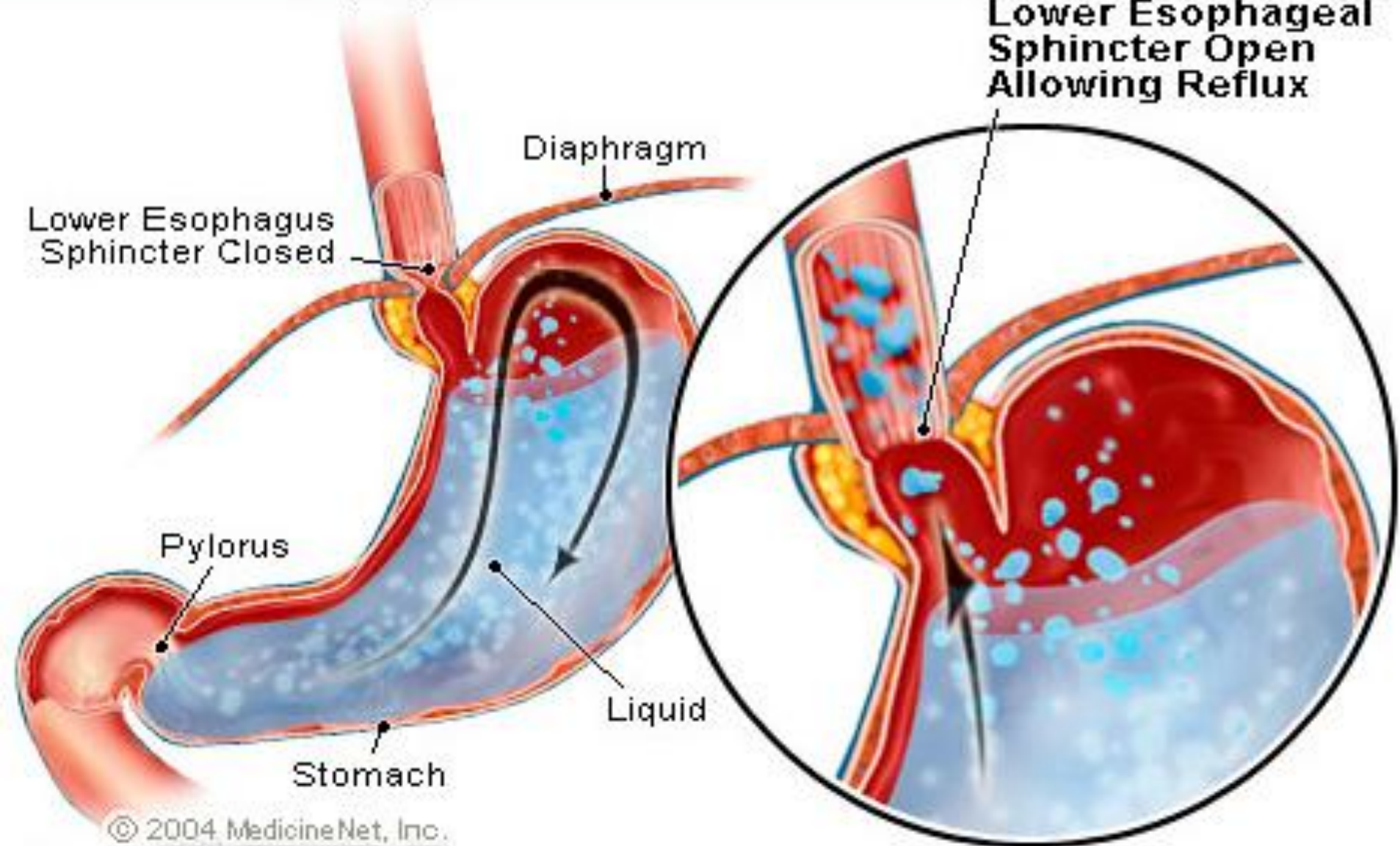
Diaphragm

Lower Esophagus Sphincter Closed

Pylorus

Liquid

Stomach



Этиологиясы .

ГЭРА екінші ретті ауру болып табылады. Оның тікелей себептеріне өңештің төменгі сфинктері тонусының төмендеуі (кардияның жетіспеушілігі), өңештің төменгі тесігінің спонтанды релаксациясы (босаңсуы) және асқазан іші қысымының жоғарлауы жатады.

Бұл себептер өз кезегінде мынандай өзгерістердің нәтижесінде туындайды:

- **Құрамында кофеин бар тағамдар (кофе, шай, какао) мен дәрілік препараттарды (цитрамон, кофетамин және басқалары) қолдану;**
- **Төменгі өңеш сфинктерінің тонусын төмендететін дәрілерді (кальций**
- **Антагонистері, папаверин, но-шпа, баралгин, холинолитиктер, анальгетиктер, теофиллин) қабылдау;**
- **Кезбе нервтің зақымдануы (қант диабетінде);**
- **Шылым шегу (никотин сфинктер тонусын төмендетеді);**
- **Алкоголь қабылдау (сфинктер тонусын төмендетеді және алкоголь кілегей қабықты зақымдайды);**
- **Екі қабаттылық (гормондар әсерінен сфинктер тонусының төмендеуі және іш қуысындағы қысымның көтерілуі);**
- **Өңеш дискинезиясы;**
- **Жүйелі склеродермия;**
- **Диафрагма жарығы;**
- **Тағамды асығыс, жылдам және шамадан тыс қабылдағанда туындайтын аэрофагия;**

Патоморфологиясы .

- **ГЭРА болатын морфологиялық өзгерістерге өңештің кілегей қабығының гиперемиясы мен ісінуі, олардың эрозиямен қоса кездесуі, беткей орналасқан, кейде терең орналасқан жара ,структуралар жатады. Гистологиялық тексергенде кілегей қабықта плазмоциттердің, лимфоциттердің, гранулоциттердің және эозинофильдердің инфильтрациясы**
- **Анықталады. Өңештің көп қабатты жайпақ эпителийі асқазан мен ішектің цилиндр тәрізді бір қабатты эпителийі мен ауысқан. Мұндай күй Баррет өңеші деп аталады, оның өзі өңештің жоғарғы және ортаңғы үштен бірінің пепсиндік жарасы мен структурасын және қылтамақ тудыруы мүмкін .**

Классификациясы.

ГЭРА түрлері:

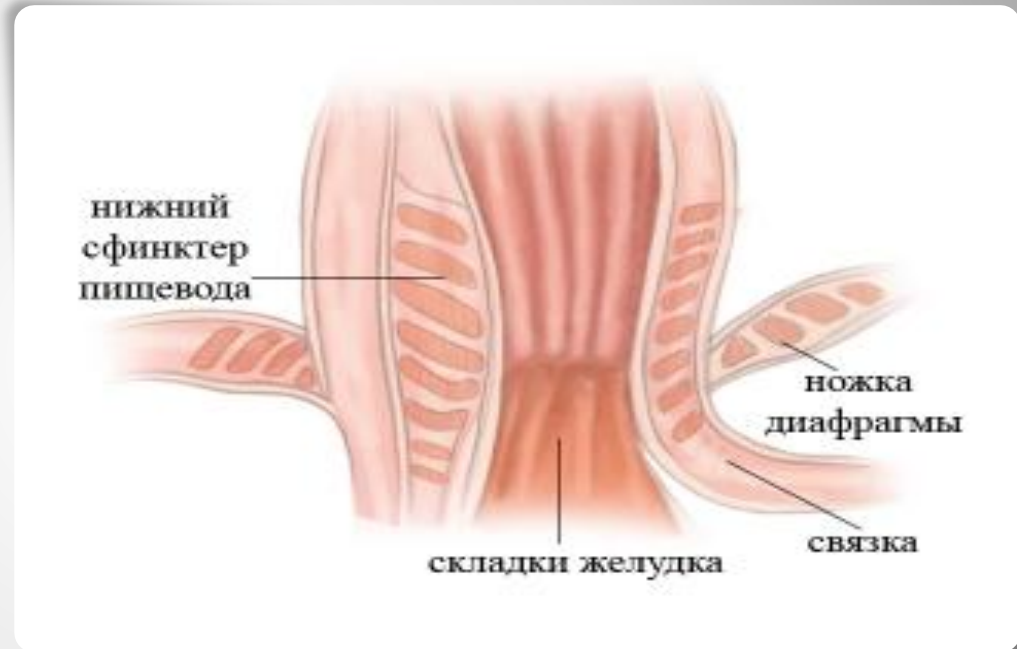
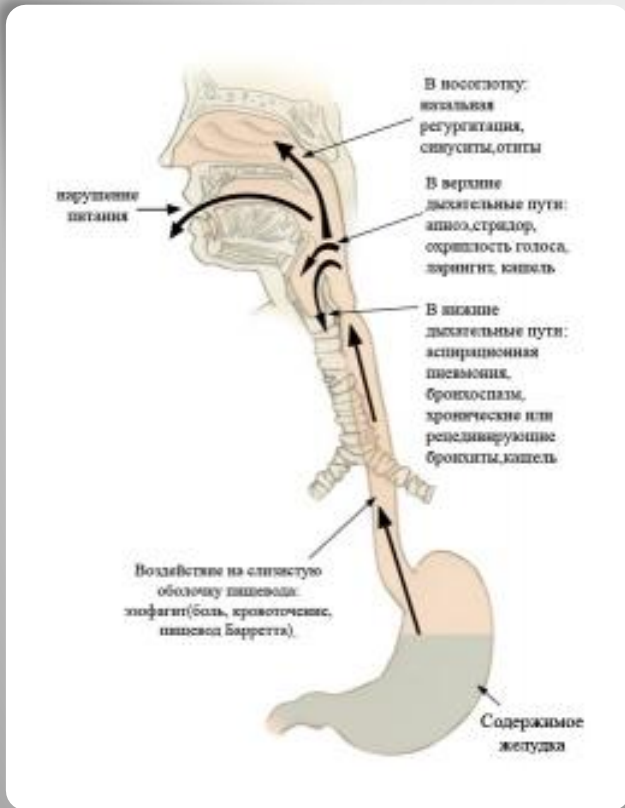
- **ГЭРА, эзофагитсіз немесе эндоскопиялық негативті рефлюкс ауруы, немесе эрозиясыз рефлекссті ауру эндоскопияда табылмайтын өңештің кілегей қабығының зақымдануы .**
- **Рефлюкс эзофагит эндоскопияда көрінетін өңештің кілегей қабығының зақымдануы.**

Клиникасы.

ГЭРА ең жиі симптомдары

- Қыжыл
- Ауыру
- Регургитация
- Сілекей ағу
- Дисфагия
- Ықылық ату және күсу
- Өңештен тыс симптомдар

Гастроэзофагальді рефлюкстік ауру



ҚЫЖЫЛ

- Төс артының күйдіру сезімі, семсерше өскіннен жоғары қарай тарайды. Төс артының ауыруы қарқындылығына қарай әр түрлі болып келеді, төс артын жырып кеткен сияқты сезімнен немесе тағамның өңеш бойымен жүргенін сезуден өте күшті, анальгетиктер қолдануды қажет қылатын ауырғандыққа дейін жетеді. Ауырғандық жауырын арасына, мойынға, төменгі жаққа, кеуденің сол жағына тарайды. Ауырғандық жұтқан кезде де сезіледі. Қыжыл мен төс артының ауыруы өңештің кілегей қабығының сезімтал нервтерінің тұз қышқылымен тітіркенуіне немесе қышқыл туғызған өңештің спазмына байланысты туындайды (сау адамдарда өңештің төменгі үштен бір бөлігінің рН 6,0 құрайды; асқазан құрылымының регургитациясында ол 4,0 дейін төмендейді, он екі елі ішектің құрылымының регургитациясында 7,0-8,0 дейін көтеріледі).

* Регургитация

Регургитация кезінде жақында қабылдаған тамақ, кілегей, қышқыл немесе ащы дәмді сұйықтық (асқазан сөлі, өт) кері құйылады немесе ауа шығады.

* Лоқсу

- Лоқсып бөлінетін массаның көлемі әр түрлі болады-тамаққа жетіп келетін бос сезім мен ауызды толтырып белетін массаға дейін. Лоқсу түнде болуы мүмкін, ол кезде тағам бөлшектері тыныс жолдарына енеді. Лоқсып құсу төменгі өңеш сфинктерінің қызметі бұзылуынан болады.

- **Кекіру**

Асқазан ішіндегі заттың өңештен өтіп ауызға түсуі.

Ке-

кіргенде ауызда ащы немесе қышқыл дәм сезіледі.

Әдетте адам ішкен тағаммен кекіреді. Кекіру

көбіне

еңкейген немесе жатқанда пайда болады. Өңештің

төменгі сфинктерінің ауыр шамасыздығында

горизонтальды қалыпта асқазан ішіндегі зат кейде

ауыз қуысына еріксіз құйылады.

Дисфагия

Жұтқан тамақтың өңештен өтуінің қиындауы.

Рефлюкс-

эзофагитте болатын дисфагияның себептері:

өңештің

дискинезиясы, мәселен склеродермияда, Шегрен

синдромында, темір тапшылықты анемияда.

● **Ауызда сілекейдің көбеюі.**

Бұл белгі оншалықты жиі кездеспейді, көбіне қыжылдау кезінде байқалады. Ол өңеш сілекей рефлюксінен болады.

Ықылық.

Ықылық диафрагмалық нервтің тітіркеуінен және содан диафрагманың еріксіз жиырылуынан болады. Рефлюкс-эзофагитте ықылық көбіне диафрагманың өңештік тесігінің жарығында байқалады.

Қосымша тексерулер.

- Эзофагогастродуоденоскопияда
- Эзофагомонометрия
- Стандартты қышқылды рефлекс – тест
- Манометрия
- Рентгенологиялық тексеру
- Метилен көгін қолданып асқазанда зондпен тексеру

Эндоскопиялық тексеру әдістерінің нәтижесі бойынша ГЭРА активлігінің 5 дәрежесін ажыратады.

I дәрежесі онша айқын емес ошақты немесе жайылмалы эритемамен, томенгі өңеш сфинктері деңгейіндегі кілегей қабықтың болбырлығымен және өнештің төменгі бөлігінің кілегей қабығының күңгірттігімен сипатталады.

II дәрежесінде көбіне түзу түріндегі бір немесе бірнеше эрозиялар болады олар өнештің дистальді сегментінің кілегей қабығының 10% аз бетін қамтиды

ГЭРА активлігінің III дәрежесінде үсті экссудатпен немесе некроз массасымен жабылған құйылмалы эрозиялар пайда болады, олар айналмалы тарамайды. Зақымданған кілегей қабық өнештің дистальді бөлігінің 50% аз мөлшерін қамтиды.

IV дәрежелік активтілікті асқазан-өңеш қосылған жерінен жоғарғы бес сантиметрлік зонаның бәрі оралған құйылмалы эрозиялармен немесе экссудатты-некрозды өзгерістермен зақымданады, процес өнештің төменгі бөлігіне тарайды.

V дәрежелі активтілікте өнештің әр жерінде терең жаралар мен эрозиялар, стриктуралар мен фиброздық өзгерістер анықталады, өнештің қысқарғаны көрінеді.

Эзофагомонометрия

Өңеш ішіндегі қысымды өлшеу, арнайы баллонды зондтар көмегімен орындалады. Қалыпты күйде жұтқыншақ - өңеш сфинктері деңгейіндегі қысым с.б. 20-65 мм, төменгі өңеш сфинктерінің деңгейіндегі қысым 10-30 мм құрайды. ГЭРА – да өңештің төменгі сфинктері деңгейіндегі қысым с.б. 9 мм –не дейін және оданда төмен болады.

24-сағаттық интраэзофагеалық рН – мониторинг және алынған мәліметтерді компьютерлі өңдеуді кардиялық емес төс артының ауруын дәлдеу үшін, созылмалы жөтелде, асқазан құрамының аспирациясы туралы күдік болғанда және науқас адамды антирефлюкстік операцияға қарсы емге әзірлеген кезде жасайды. Қалыпты күйде өңештің рН 5,5 – 7,0 аралығында болады, орташа мөлшері 6,0 тең болады. Рефлюкс болған жағдайда рН -4,0 дейін және оданда төмен азаяды, онымен қатар регургитацияның жиілігі , ұзақтығы және оның динамикасы анықталады.

Метилен көгін қолданып асқазанда зондпен тексеру

- Жіңішке асқазан зонды арқылы асқазанда қайнаған судың 300,0 мл қосылған 2% метилен көгі ерітіндісінің 3 тамшысын жібереді, одан кейін зондты физиологиялық ерітіндімен жуады, одан кейін зондты кардиядан аздап жоғары деңгейге дейін тартып, шприцпен өңеш құрамын сорып алады. Гастроэзофагеалы рефлюкс болса, өңеш құрамы көк түске боялған болады.

Стандартты қышқылды рефлекс тест

- Асқазанда 0,1 М тұз қышылының 300 мл жібереді. Одан кейін науқас адамның басын 20 градус төмен жіберген күйде кардиядан 5см жоғары науқастың төсектегі 4 қалпында өңештің рН – метриясын жасайды. Сынама іш қуысындағы қысымды көтеруге бағытталған амалдардан кейін орындалады. Егер кем дегенде дененің 3 қалпында қысым төмен болса, онда сынама оң мәнді деп есптеледі.
физиологиялық ерітінді жібергеннен кейін тоқтайды. Сенімді болу үшін сынаманы екі рет қайталайды.

Асқынулары

- Өңеш структурасы- қабыну және тыртық тінінің қалыптасуына байланысты дамиды.
- Өңеш жарасы.
- Қан кету.
- Баррет өңеші.

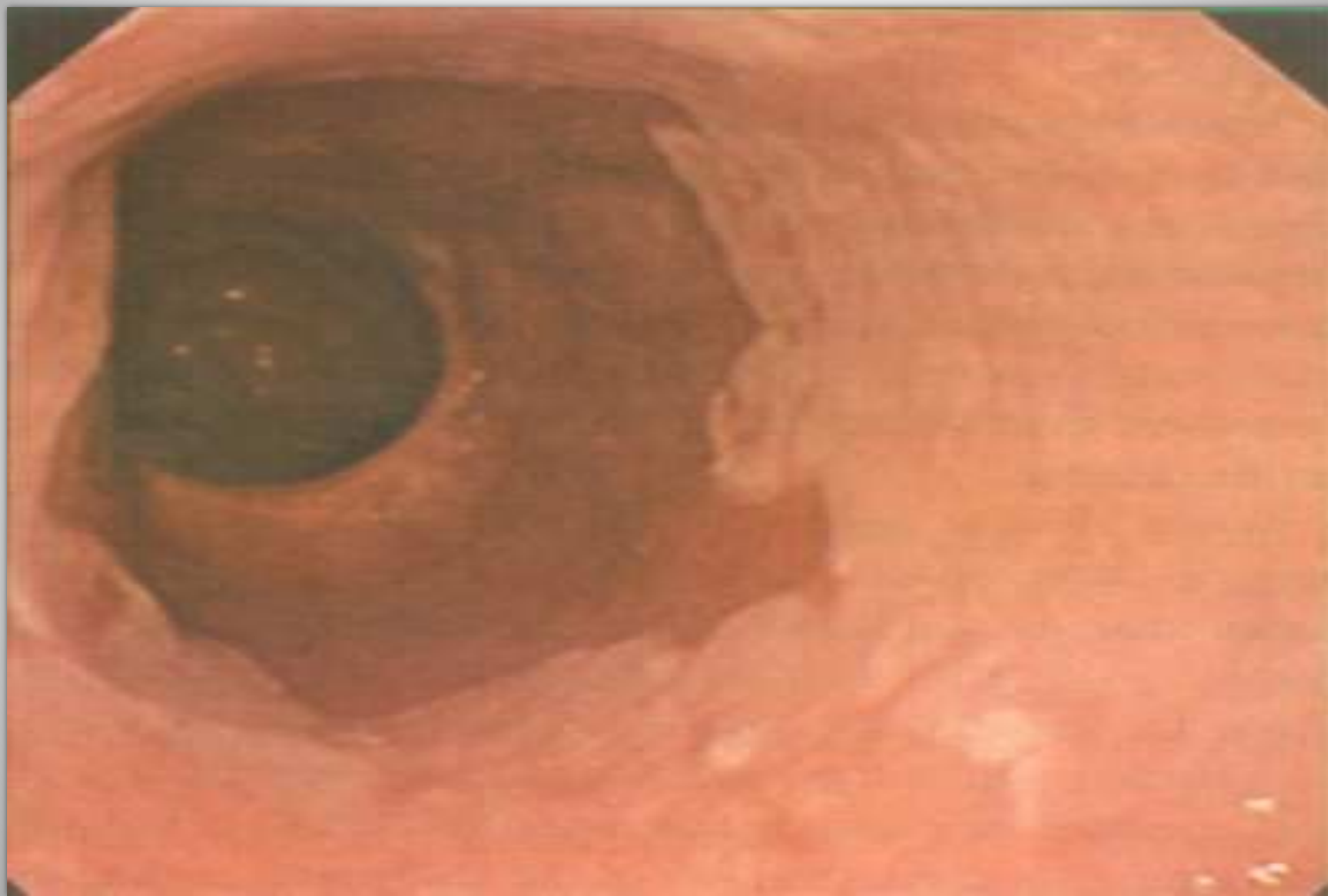
ГЭРА емдеудің жалпы шаралаына жататындары:

- Бөліп қоректену (тәулігіне 4-6 рет), тағамды шамадан тыс қабылдамау керек.
- Тағамды ыстық күйінде ішпеу керек және тағамды соңғы қабылдау ұйқыға кетуден кем дегенде 3 сағат бұрын болуы керек.
- Шылым шегуге, ішімдік ішуге, кофе, шоколад қолдануға болмайды.
- Денені алға еңкейтпеуге, қысым тұратын белбеу қолданбауға тырысу керек.
- Науқас адам басын жоғары салып ұйықтауы керек.
- Бұл шаралармен қатар, науқас адам артық дене массасын азайтуы керек.
- Мына препараттарды қабылдауға болмайды; нитраттар, антихолинергиялық дәрілер, кальций антагонистері, антидепрессанттар, калий препараттары.

Баррет өңеші үшін антирефлекторлы ем қолданылады, дисплазия

- Баррет өңеші бар науқастарды емдеу кезінде өңештің аденокарциномасын анықтау үшін 3 ай сайын эндоскопиялық зерттеу жүргізіледі. Қарсы көрсетпелері болмаған жағдайда өңештің сол аймағын резекция жасайды және лазердің көмегімен метаплазияға ұшыраған эпителийді алып тастайды.

Баррет өңеші



***Назар аударып
тыңдағандарыңыз
ға рахмет!!!***