

Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ түрік
университеті

Студенттің өзіндік жұмысы:

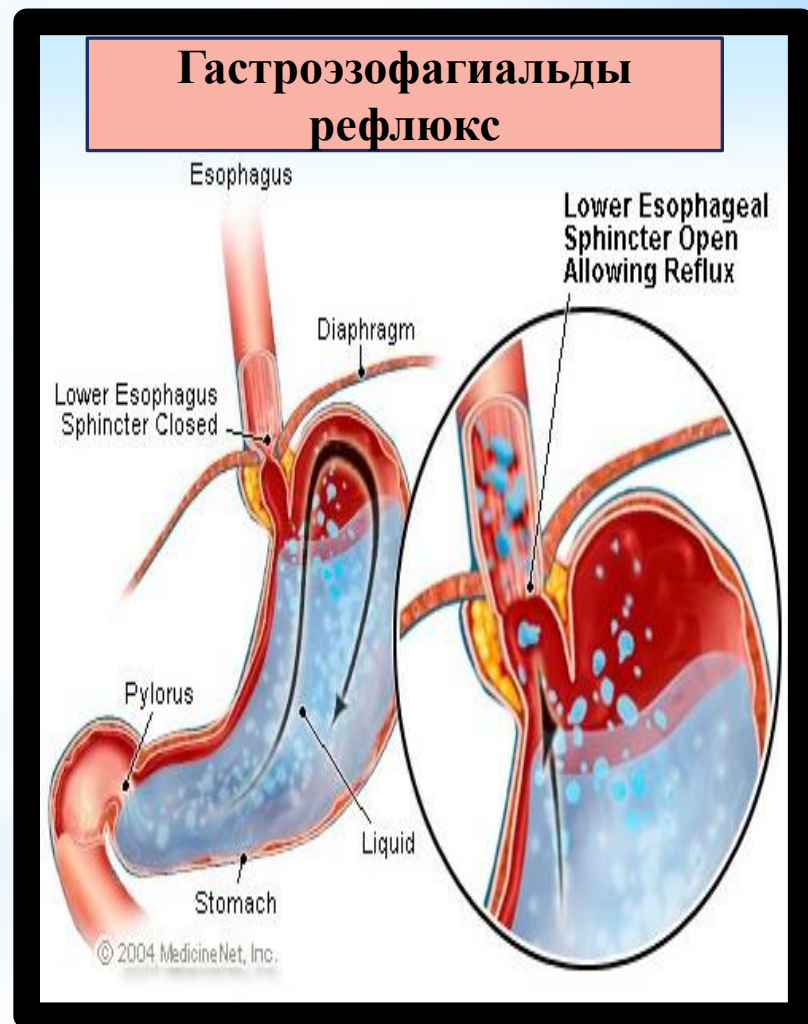
Гастроэзофагиальді рефлюкс.



Қабылдаған: Алиева Л
Орындаған: Құрбантаева М

Жоспар:

- Кіріспе.
- Этиологиясы.
- Патоморфологиясы.
- Клиникасы.
- Қосымша тексерулер.
- Асқынулары.
- Емі.



Кіріспе

Асқазан-өңештік рефлюкс – асқазан затының өңешке түсуі. Асқазан ішіндегі заттың өңешке кері кетуіне жол бермейтін – асқазан-өңештік сфинктер. Сау адамда бұл сфинктер тамақты жұтқаннан 1,5-2,5 секундтан кейін ашыла бастайды. 5-12 секунд ашылып тұрып, қайтадан жабылады. Сонымен, кардиальдік сфинктер жұтқанда ғана ашылып, басқа уақытта жабық күйінде болады. Кардиальдік сфинктердің гипотониясы немесе оның спонтанды релакциясы асқазан-өңештік рефлюкстің дамуына әкеледі.

Асқазан-өңештік рефлюкске қандай себептен әкеледі?

Асқазан-өңештік рефлюкс екінші ретті ауру болып табылады. Оның тікелей себептеріне :



Өңештің төменгі сфинктерінің гипотониясы

Өңештің төменгі сфинктерінің спонтанды релаксациясы

Патоморфологиясы:

Асқазан-өңештік рефлюксте болатын
морфологиялық өзгерістер:

- өңештің кілегей қабығының гиперемиясы мен ісінуі;
- олардың эрозиямен қоса кездесуі;
- беткей немесе терең орналасқан жара;



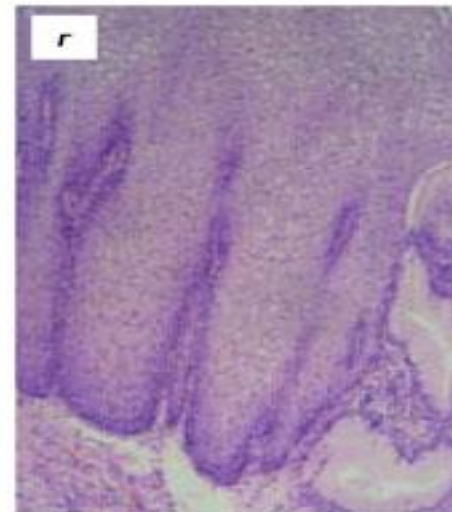
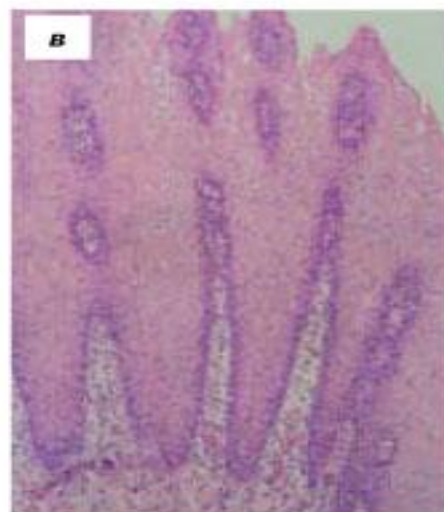
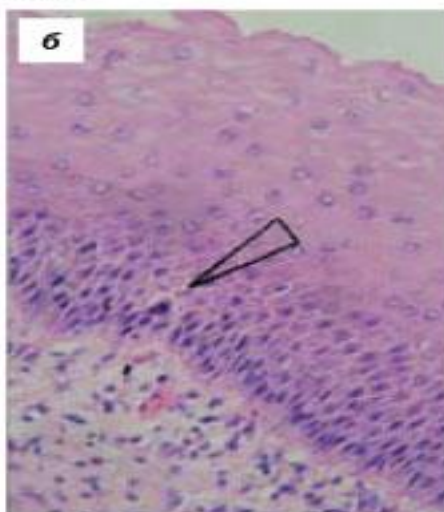
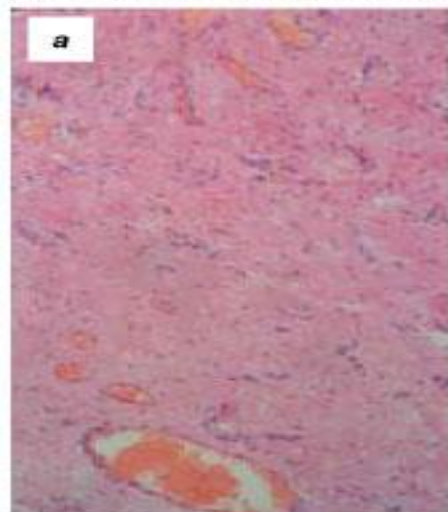
Сфинктер между
желудком и пищеводом

Желудочный сок

Гистологиялық тексергенде кілегей қабықта:

плазмоциттердің, лимфоциттердің, гранулоциттердің, эозинофилдердің инфильтрациясы анықталады.

а – умеренно васкуляризированная соединительная ткань в зоне пептической стриктуры; *б* – тот же больной. Дисплазия эпителия пищевода легкой степени с базально-клеточной пролиферацией и единичным многополюсным (трехполюсным) митозом – отмечено стрелкой; *в* – изменения эпителия по типу веррукозной карциномы (начало малигнизации в области пептической стриктуры); *г* – начало малигнизации при рубцовой стриктуре среднегрудного отдела пищевода. Изменения по типу веррукозной карциномы в зоне кардиоэзофагеального перехода.



Клиникалық көрінісі:

Өңештік симптомдар:

- Қыжылдау
- Ауыру сезімі
- Кекіру
- Дисфагия
- Ауызда сілекейдің көбеюі
- Регургитация
- Ықылық ату және құсу

Қыжылдау

Пептикалық эзофагиттің және асқазан-өңештік рефлюкстің басты белгісі. Бұл семсер тәрізді өсіндіден жоғары қарай таралатын, төс артының ашып күйдіру сезімі. Қыжылдау сезімі өңеш қуысында рН 4-тен аса төмендесе пайда болады, бірақ кейде асқазанның анацидті сөлінің кері ыршуынан да болады. Әдетте қыжыл кейбір тағамдардан, тамаққа аса тоюдан, еңкейгенде және бас жағы аласа төсекке жатқанда, ішімдік ішкеннен немесе темекі тартқаннан пайда болады.

Ауыру сезімі

Эпигастрий аймағының және өңештің ашып ауыруы. Рефлюкс эзофагитте бұл белгі тамақ ішуге тәуелді немесе тәуелсіз сезіледі. Мұндай ауырсынуды әрдайым ЖИА-нан айыру қажет.

Кекіру

Асқазан ішіндегі заттың *
өңештен өтіп ауызға түсуі.

Кекіргенде 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.

Ықылық ату және құсу

Ықылық диафрагмалық нервтің тітіркеуінен және содан диафрагманың еріксіз жиырылуынан болады.

Рефлюкс-эзофагитте ықылық көбіне диафрагманың өңештік тесігінің жарығында байқалады. Құсу сирек байқалады, көбіне ішектің жарасы қосарланғанда кездеседі.

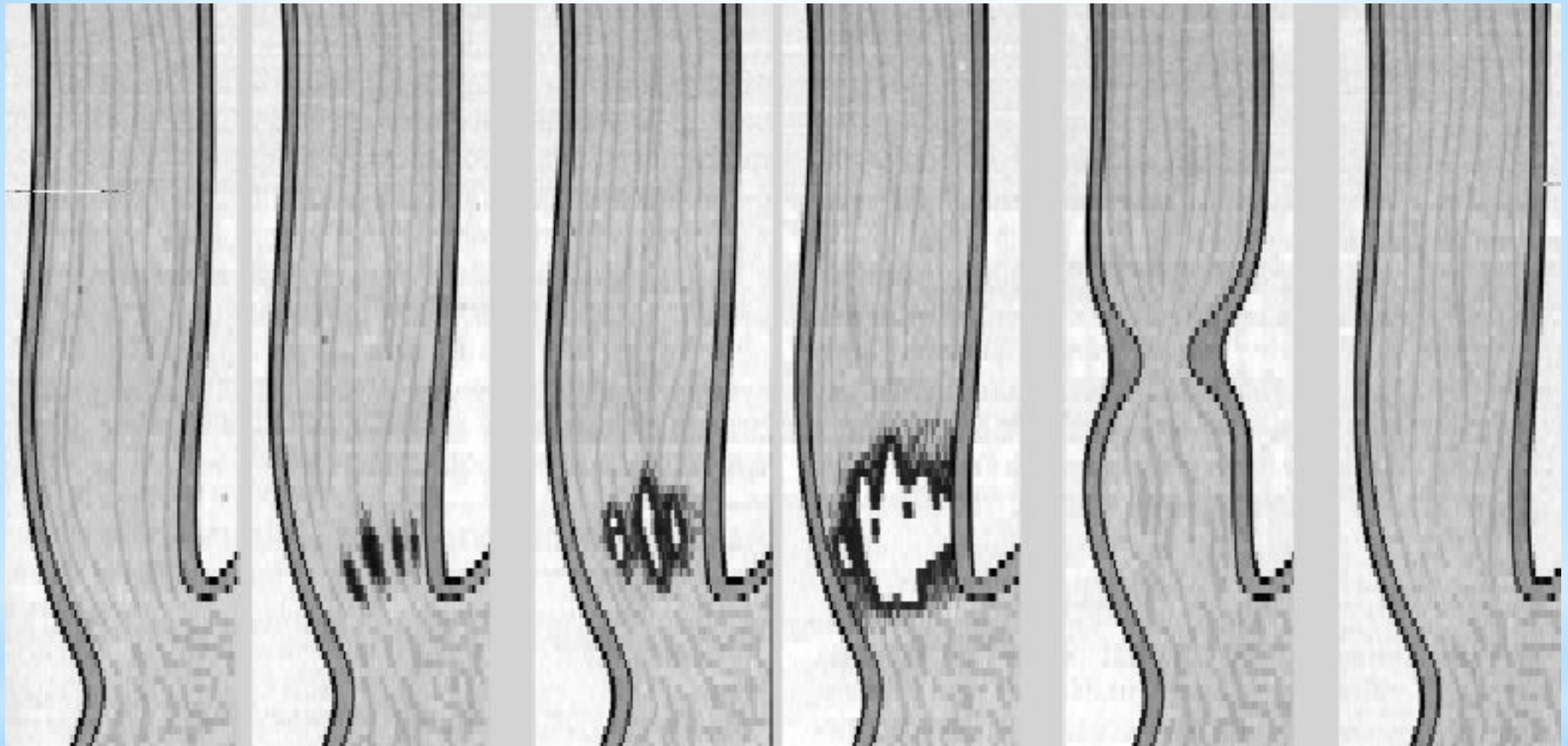
Тексерулер

- * Эзофагогастроуденоскопия
- * Эзофагомонометрия
- * Стандартты қышқылды рефлекс - тест
- * Манометрия
- * Рентгенологиялық тексеру
- * Метилен көгін қолданып

Эзофагогастроуденоскопия

Дәрежесі	Көрінісі
I	Онша айқын емес ошақты немесе жайылмалы эритемамен, томенгі өңеш сфинктері деңгейіндегі кілегей қабықтың болбырлығымен және өнештің төменгі бөлігінің кілегей қабығының күңгірттігімен сипатталады.
II	Көбіне түзу түріндегі бір немесе бірнеше эрозиялар болады олар өңештің дистальді сегментінің кілегей қабығының 10% аз бетін қамтиды
III	Үсті экссудатпен немесе некроз массасымен жабылған құйылмалы эрозиялар пайда болады, олар айналмалы тарамайды. Зақымданған кілегей қабық өңештің дистальді бөлігінің 50% аз мөлшерін қамтиды.
IV	Асқазан-өңеш қосылған жерінен жоғарғы бес сантиметрлік зонаның бәрі оралған құйылмалы эрозиялармен немесе экссудатты-некрозды өзгерістермен зақымданады, процес өңештің төменгі бөлігіне тарайды.
V	өңештің әр жерінде терең жаралар мен эрозиялар, стриктуралар мен фиброздық өзгерістер анықталады, өңештің қысқарғаны көрінеді.

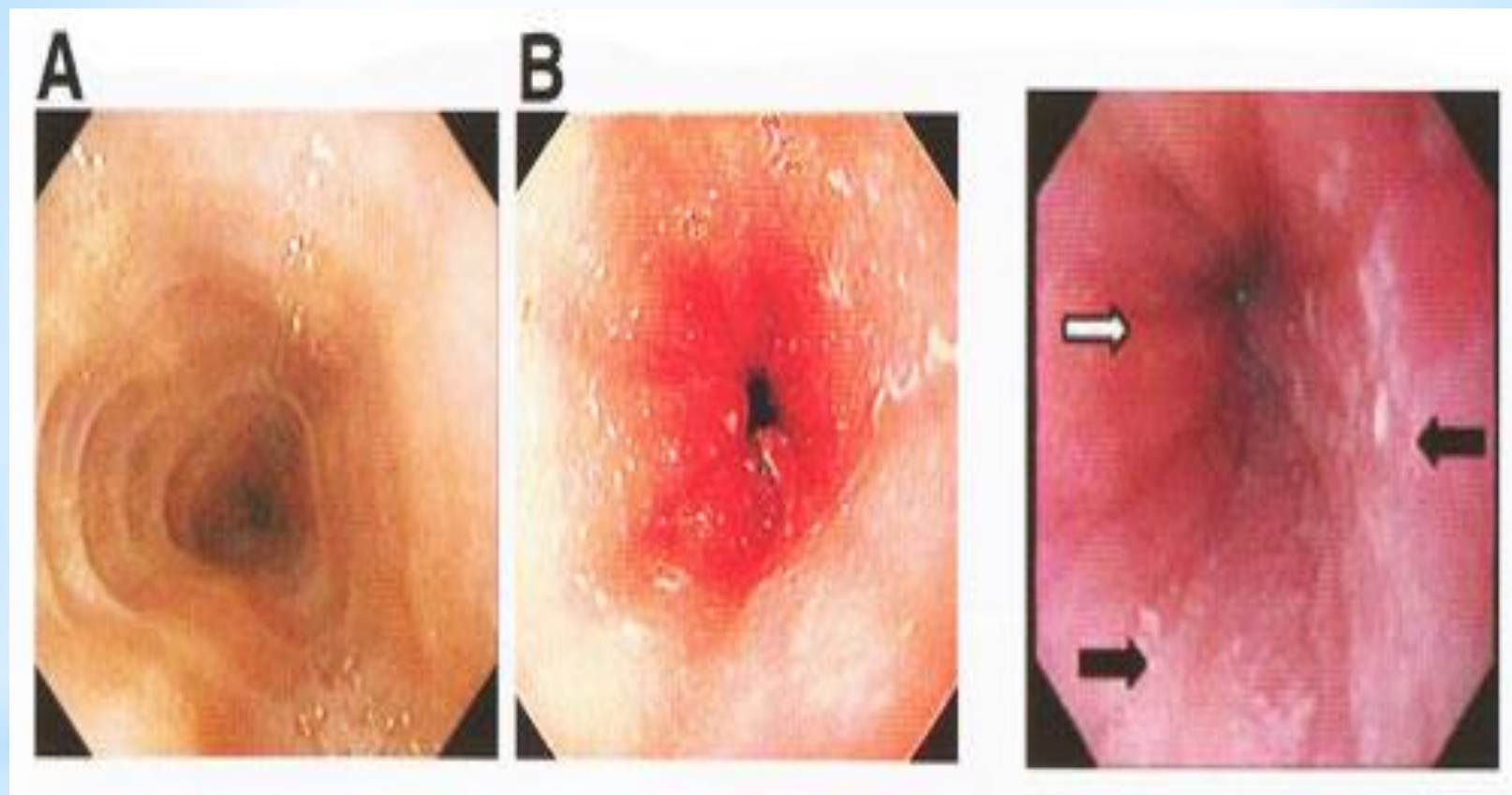
Эндоскопиялық тексеру әдістерінің нәтижесі бойынша ГЭРА активлігінің 5 дәрежесін ажыратады.



0 - дәреже 1- дәреже 2-дәреже 3-дәреже 4-дәреже 5-дәреже

Метилен көгімен жасалатын сынама

Рентгендік бақылаумен дуоденальдік зонд арқылы жатқан күйінде науқастың асқазанына бояу ерітіндісін жібереді, сосын зондты сумен шаяды да, зондты бері тартып, ұшын кардийден бірнеше см жоғары қалдырады, содан кейін шприцпен өңештегі затты ақырындап сорады. Шприцте метилен көгі пайда болса асқазан - өңештік рефлюкстің болғаны.



*** Эзофагоскопия: Өңештің қабыну немесе кую салдарынан тарылуы**

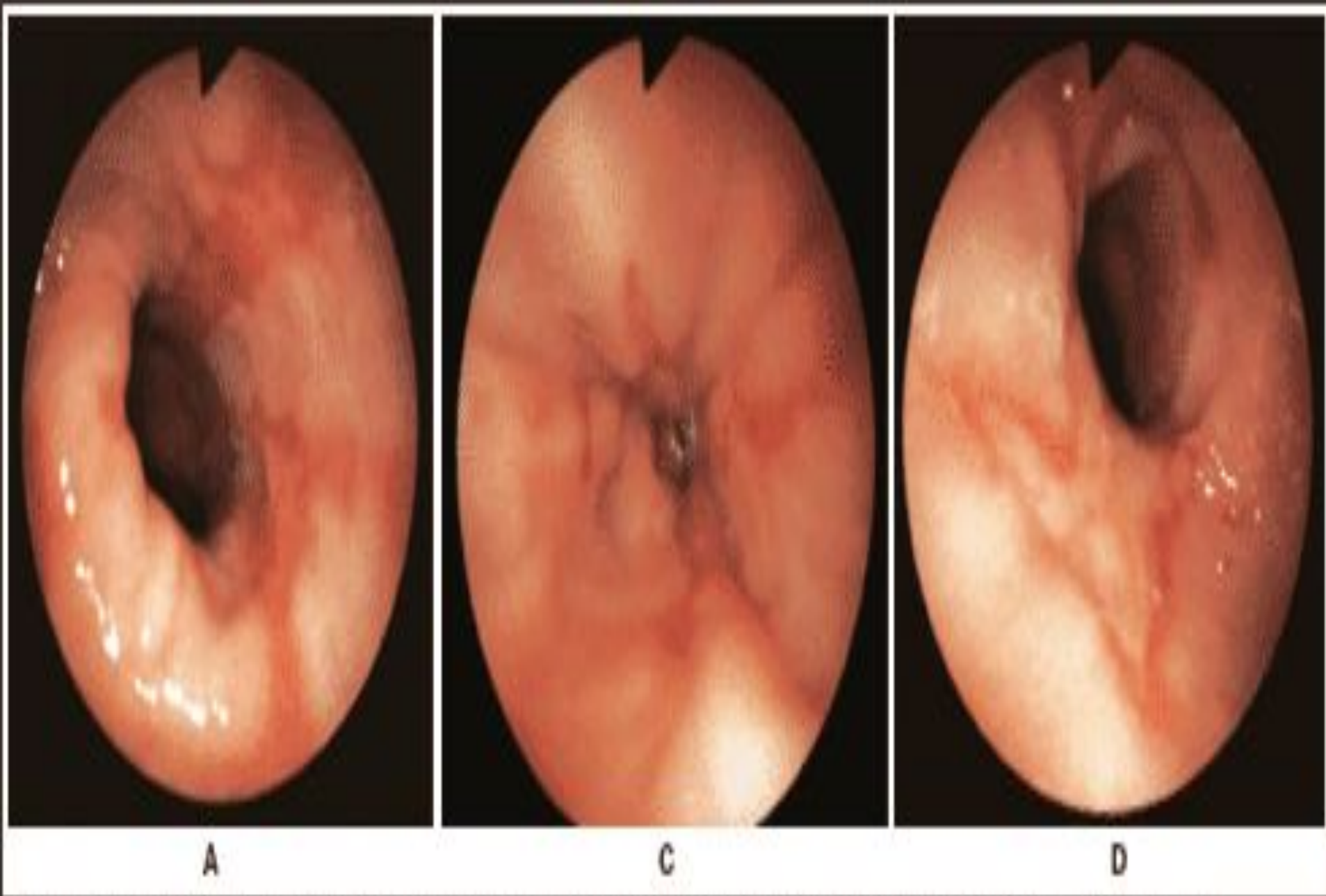
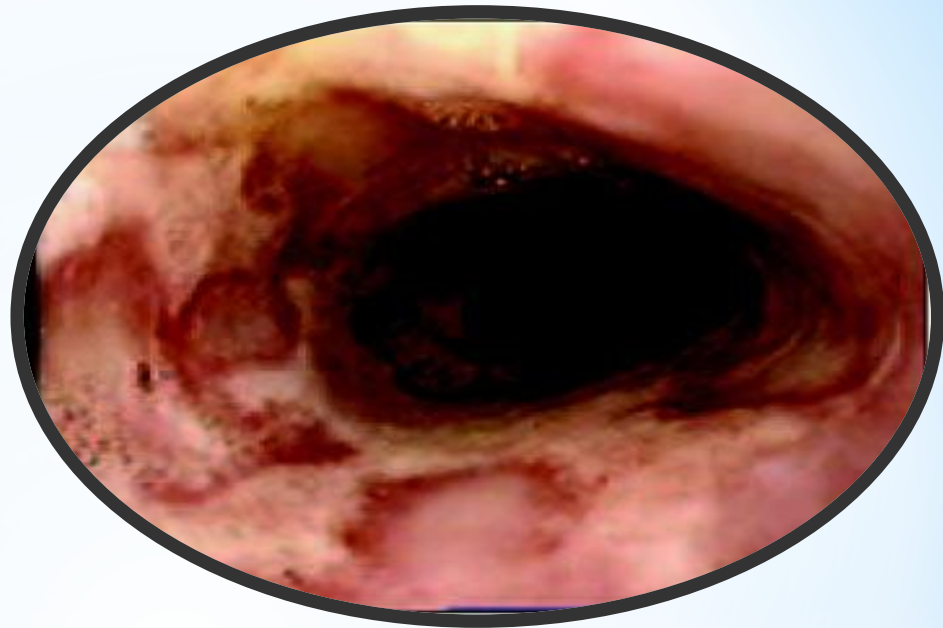


Рисунок 1. Эндоскопическая картина эрозивного рефлюкс-эзофагита различной степени: А, С, D [14]

* **Рефлюкс - эзофагит** - бұл көбінесе кардиальді сфинктерінің тонусы төмендеп тұз қышқылының өңешке өтуінен пайда болатын өңештің қабынуы. Бұл кезде көбіне кілегей қабаттары зақымданады.

Эзофагоскопия
да өңештің
төменгі үштен
бірінде қабыну
салдарынан
қан талауын
көріп тұрмыз.



Асқынулары:

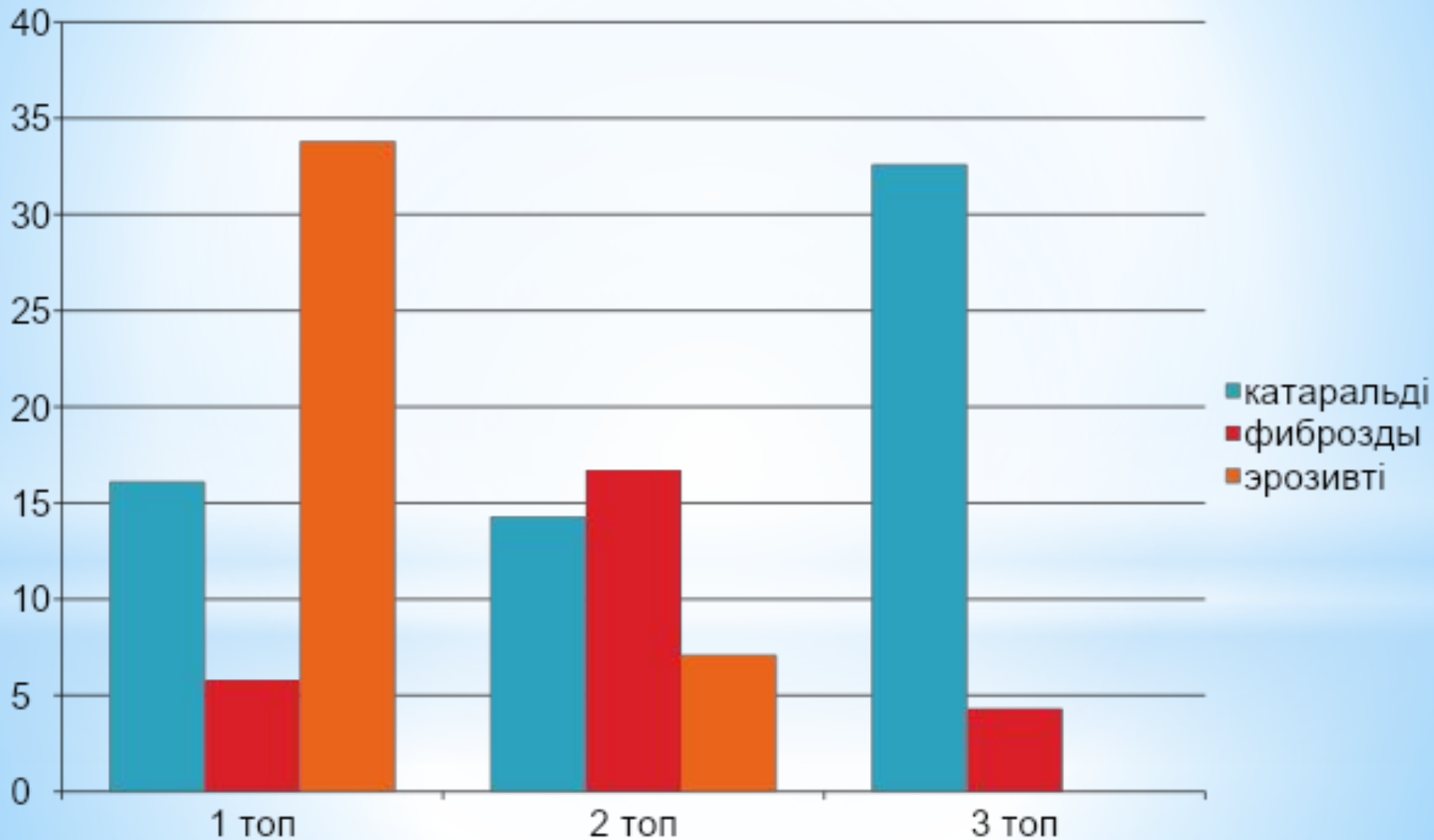
Өңеш структурасы- қабыну және тыртық тінінің қалыптасуына байланысты дамиды.

Өңеш жарасы.

Қан кету.

Баррет өңеші.

Асқыну түрлері



Дәрмектік ем:

Дәрежесі	Емі
I - II	Ранитидин 150 мг күніне 2 рет Фамотидин (гастросидин, квамател, ульфамид) 20 мг күніне 2 рет
III	H2 - блокаторды (ранитидин, фоматидин) 4-6 апта Прокинетик (мотилиум, координакс) 10мг күніне 3рет 6 апта Сукральфатпен 0,5-1,0 г тәулігіне 4рет 8апта көрсетілген дозаларды бірге қолданады
IV	Омепразол 20 мг күніне 2 рет Прокинетик (мотилиум, координакс) 10мг күніне 3рет 6 апта Сукральфатпен 0,5-1,0 г тәулігіне 4рет 8апта көрсетілген дозаларды бірге қолданады
V	Консервативтік ем хирургиялық емнің алдында жүргізілетін қосымша ем болып табылады

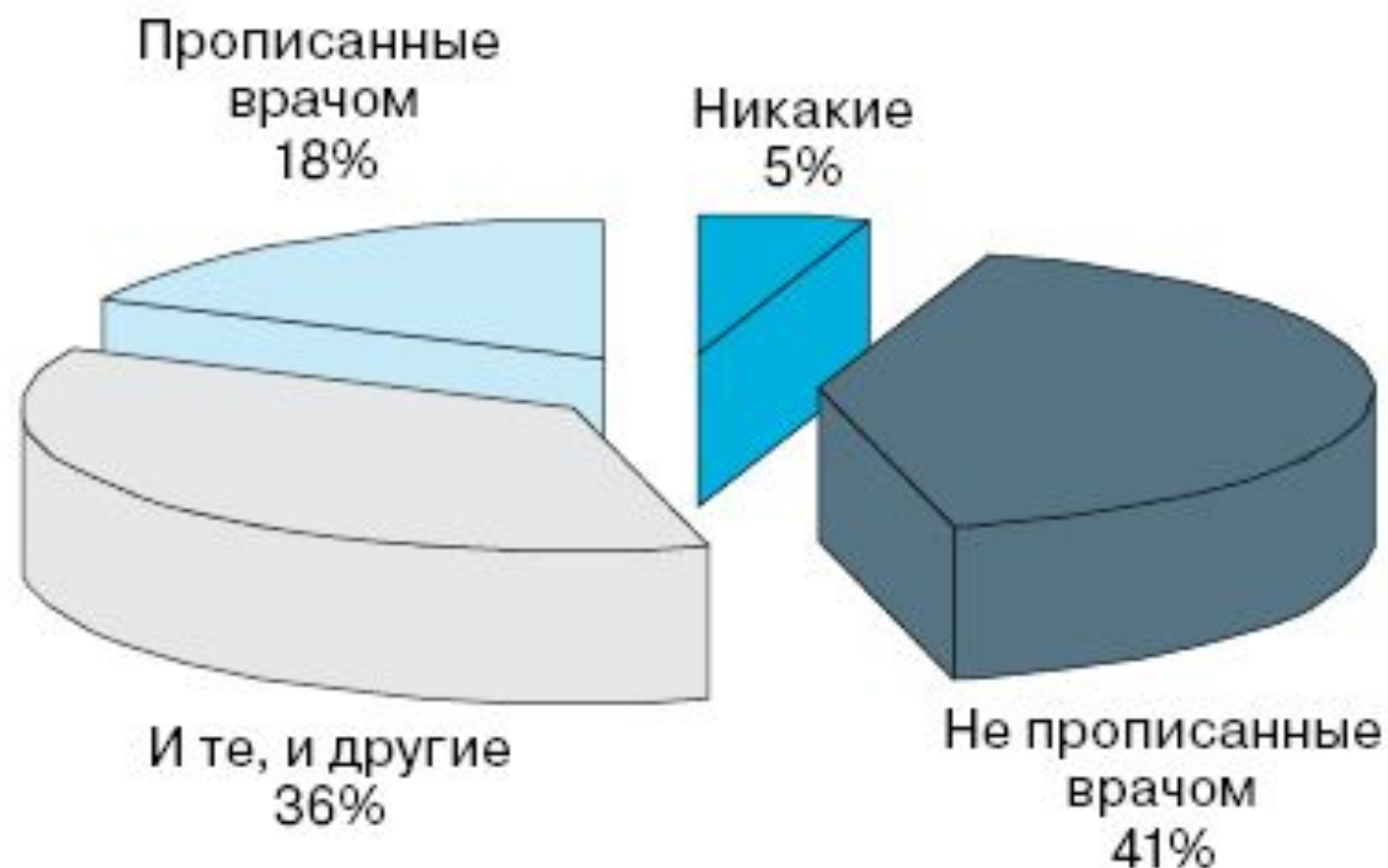


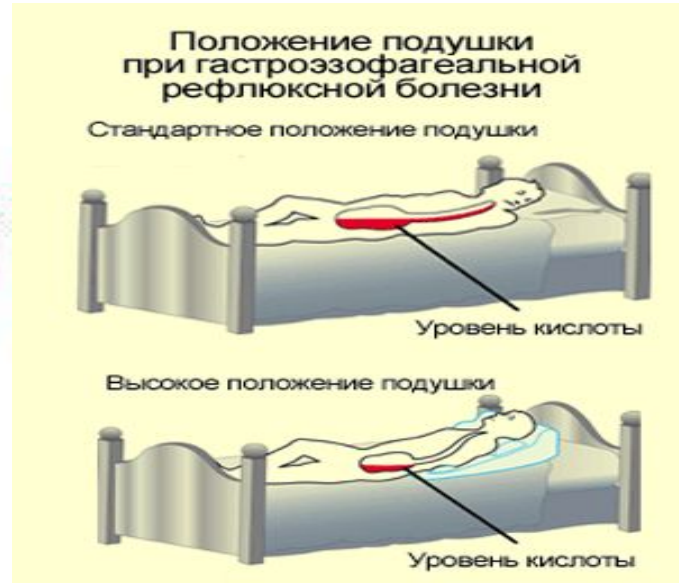
Рис. 1. Препараты, принимаемые пациентами с ГЭРБ (1009 человек) в течение 30 дней по данным «The 2000 Gallup Study of Consumers' Use of Stomach Relief Products»



- Бөліп қоректену (тәулігіне 4-6 рет), тағамды шамадан тыс қабылдамау керек.



- Шылым шегуге, ішімдік ішуге, кофе, шоколад қолдануға болмайды.



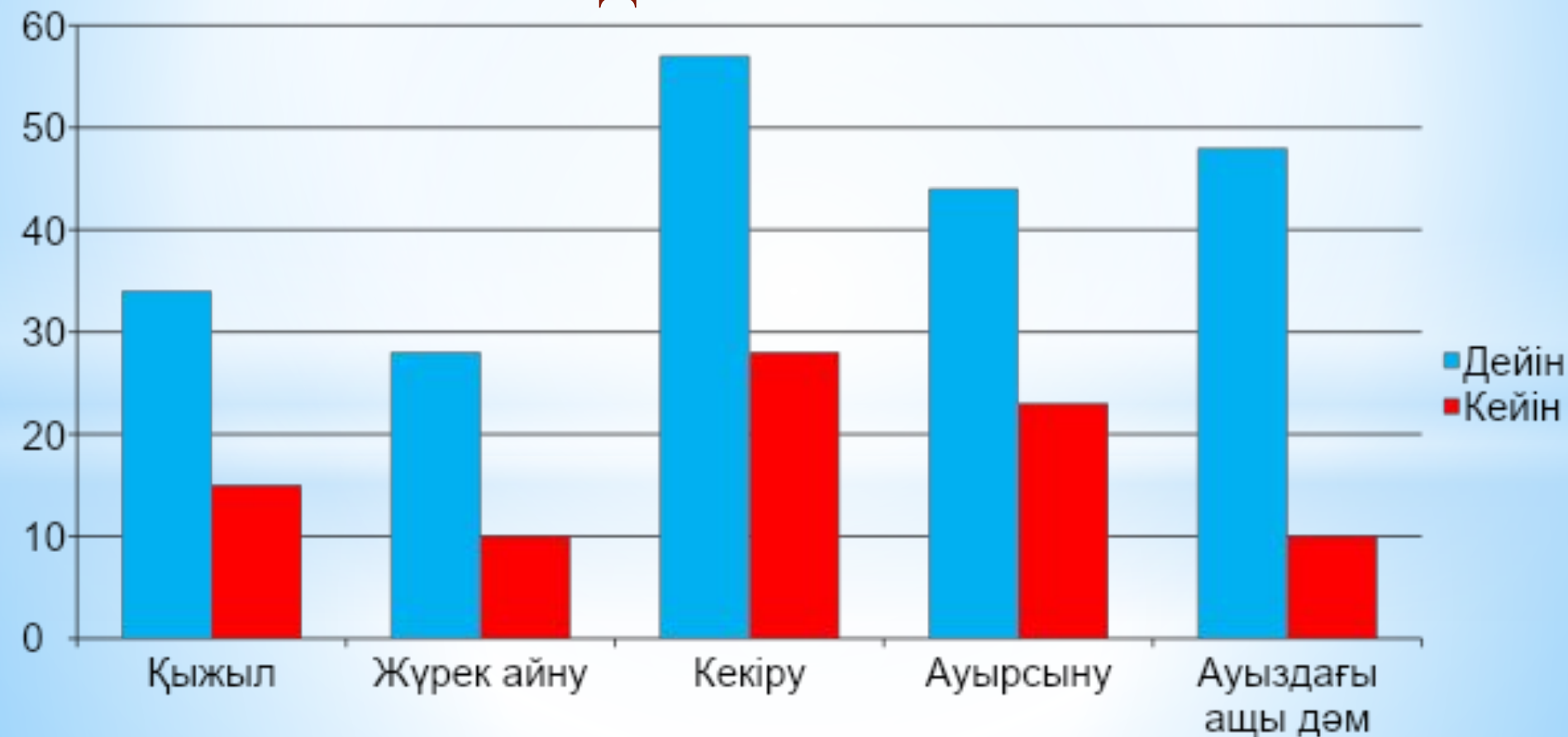
- Науқас адам басын жоғары салып ұйықтауы керек.



Мына препараттарды қабылдауға болмайды:

- нитраттар,
- антихолинергиялық дәрілер,
- кальций антагонистері,
- антидепрессанттар,
- калий препараттары.


Омепразолды қолданғанға дейінгі қолданғаннан кейінгі кезеңдегі науқастардың шағымдарының динамикасы



ГЭРА емдеудің жалпы шараларына жататындары:

- * Тағамды ыстық күйінде ішпеу керек және тағамды соңғы қабылдау ұйқыға кетуден кем дегенде 3 сағат бұрын болуы керек.
- * Денені алға еңкейтпеуге, қысып тұратын белбеу қолданбауға тырысу керек.
- * Бұл шаралармен қатар, науқас адам артық дене массасын азайтуы керек.





**Отделение
эндоскопической
хирургии РДКБ
представляет**



Пайдаланған әдебиеттер:

- 1. Айтбембет Б.М. “Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы”. Оқу құралы Алматы Эффект 2010
- 2. Жаманқұлов Қ.Д “Ішкі аурулар пропедевтикасы”. Ақтөбе 1992

- Ғаламтор сайттары:
 - 1. www.google.ru
 - 2. [www. Meduniver.com](http://www.Meduniver.com)
 - 3. www. You tube.ru