

Балалар аурылар кафедрасы

Тақырыбы:Гастрит

Орындығын:

Топ:

Тексерген:

Алматы 2015

Жоспары:

- 1) Анықтамасы
- 2) Жіктемесі
- 3) Қауіп-кәтерлі факторлар
- 4) Диагностика
- 5) Емі
- 6) Госпитализация
- 7) Профилактика
- 8) Қолданылған әдебиеттер

АНЫҚТАМАСЫ

- **Гастрит** – Н.Рyлогі жұқпасының немесе басқа да зақымдаушы факторлардың әсерінен жасушалық инфильтрация, регенерация бұзылуы, без эпителиінің атрофиясы, ішек метаплазиясы дамуымен сондай-ақ асқазанның сөлдену, қозғалу және ішкі секрециялық функциясы бұзылуымен сипатталатын асқазанның сілемейлі қабатының қабынуы.
- **Хаттама коды:** Р-Т-003 "Гастрит, дуоденит"
Терапевтикалық саладағы поликлиникалар үшін
- **АХЖ-10 бойынша коды (кодтары):**
- К29 Гастрит және дуоденит
- К29.0 Жіті геморрагиялы гастрит (қанталамалы асқазан қабынбасы)
- К29.1 Жіті гастриттің басқа түрлері
- К29.3 Созылмалы гастрит
- К29.4 Эрозиялы гастрит (жалақжаралы гастрит)
- К29.5 Созылмалы антральдық гастрит, фундальдық гастрит
- К29.8 Дуоденит
- К29.9 Созылмалы гастродуоденит
-

ЖІКТЕМЕСІ:

Гастриттің жинақталған Сидней жіктемесі (1990)

Түрі	Орналасуы	Морфологиясы	Этиологиясы
Жедел	Антрум гастрит	Қабыну	Микробты: Helicobacter pylori және басқалары ³ .
Созылмалы	Денесінің гастриті	Активтілігі	Микробты емес: - аутоиммунды; - алкогольді; - пострезекционды; - неастероидты қабынуға қарсы препараттар; - химиялық агенттер.

<p>Ерекше түрлері¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гранулематозды; - эозинофильді; - лимфоцитарлы; - гипертрофикалық; - реактивті. 	<p>Антрум гастрит және денесі (пангастрит)</p>	<p>Атрофия</p>	<p>Белгісіз факторлар, соның ішінде микроорганизмдер</p>
		<p>Ішектік метоплазия</p>	
		<p>Helicobacter pylori (HP)</p>	

Ескертулер:

1. Асқазан қабынбасының телімсіз және телімді морфологиялық белгілерінің ауырлығы есепке алынбай қарастырылады.
2. Ауырлық дәрежесі: жеңіл, жеңілдеу (орташа), ауыр.
3. Басқа микроорганизмдердің гастритті қоздыруы сирек кездеседі.

Созылмалы гастриттің Хьюстондік жіктемесі

Гастриттің түрі	Этиологиялық факторлары	Синонимдері
Атрофиялық емес	<i>Helicobacter pylori</i> (HP) және басқа факторлары	Беткейлік, диффузды антральді, интерстициальді, фолликулярлы, гиперсекреторлы, В типті
Атрофиялық:		
Аутоиммунды	Аутоиммунды	
Мультифокальді	HP, тамақтанудың ерекшелігі, орталық факторлар	А типі, асқазан денесінің диффузды, пернициозды анемиямен ассоцирленген.

Ерекше формалары:

Химиялық	Химиялық тітіркендіргіштер, өт, СЕҚҚП НПВП, Сәулелік зақымдалу	Реактивті рефлюкс-гастрит, тип С, Вэриолоформды
Радиационды Лимфоцитарлы	Идиопатиялық, иммунды механизмдер, глютен, H.pylori Крон ауруы, саркоидоз	Ассоциирленген целиакиямен бірге
Инфекциялық емес гранулематозды Эозинофильді	Вегенер гранулематозы, бөгде дене, Идиопатиялық астық аллергия, басқада аллергендер	Шектелген гранулематоз
Басқа инфекциялық	Бактериялар (кроме H.pylori), вирустар, саңырауқұлақтар, паразиттер	Аллергиялық

ҚАУІП-ҚАТЕРЛІ ФАКТОРЛАР:

- **Қауіп-қатерлі факторлар:**
 - алкогольдік ішімдіктер;
 - дәрілер (стеройдты емес өабынуға қарсы, темір препараттарын, калий хлоридін) пайдаланғанда;
 - асқазанның шырышты қабатының тікелей жарақаттануында (мысалы назогастралды зондпен немесе құсу кезінде асқазанның шырышты қабатының өңешке пролапсы кезінде);
 - сәулелік зақымдалу кезінде;
- - асқазан шырышты қабатының ишемиясында (васкулитте жүйелі ауру кезінде Шенляйн – Генох ауруы кезінде, әсіресе марофонға жүгіретін адамдарда);
- бауыр циррозымен сырқаттанғандардағы порталды гипертензия кезінде (конгестивті немесе іркілген гастропатия);
- - стресстік жағдайлар (бас ми жарақаты, таралған күй кезінде).



ДИАГНОСТИКА:

- **Диагностика критерилері**
- **Шағымдар мен анамнез:** түрлі дәрежеде білінетін іш бұзылу синдромы (іш ауыруы, жүрек айнуы (лобылуы), құсу, асқазан қыжылы.
- **Физикалық зерттеулер:** түрлі дәрежеде білінетін іш бұзылу синдромы (іш ауыруы, жүрек айнуы (лобылуы), құсу, асқазан қыжылы.

Инструменталдық зерттеулер

Эндоскопиялық: ісіну болуы, асқазан сілемейлі қабығының этиологиялық фактор белсенділігінің дәрежесіне байланысты қызаруы, қанталауы, эрозиясы болуы, жараланғыштығы және қанағыштығы, сілемейлі қатпарлардың семуі және гиперплазиясы.

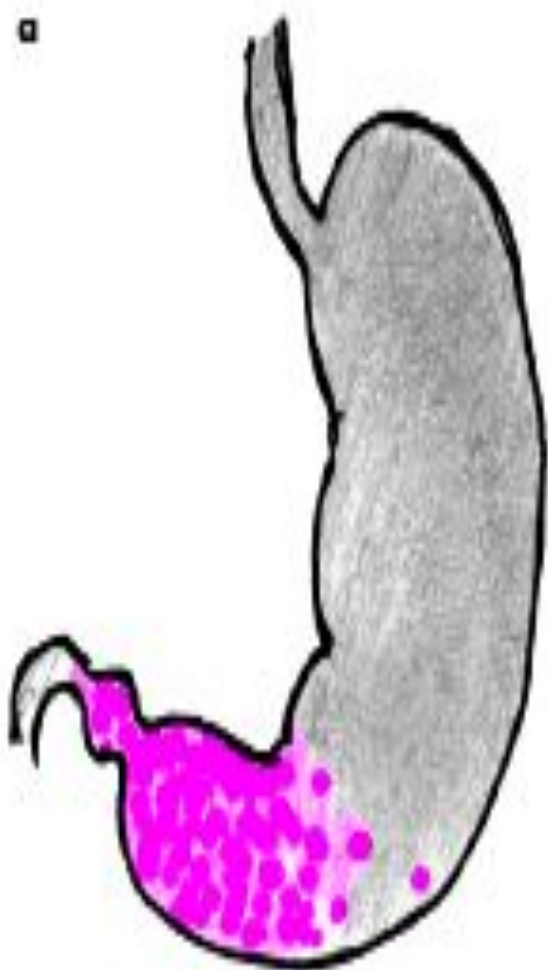
● Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі

● Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Қанның жалпы анализі.
- 2. Жалпы нәруыз және нәруыздық фракцияларды анықтау.
- 3. Қан құрамындағы сарысумен байланысқан темір мөлшерін анықтау.
- 4. Нәжістегі жасырын қанды тексеру.
- 5. Несіптің жалпы анализі.
- 6. Нр - анықтау тесті.
- 7. Биоптатты гистологиялық зерттеу (көрсетім бойынша).
- 8. Биоптатты цитологиялық зерттеу(көрсетім бойынша).
- 9. ЭФГДС пен нысаналы биопсия жасау.
- 10. Несепнәрді тыныстық тест арқылы анықтау (мүмкіндік болса).

● Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Бауыр, өт, ұйқыбез УДЗ.
- 2. Бариймен асқорыту-ішек жолдарының жоғары бөлігін ренгенологиялық зерттеу (көрсетім бойынша).
- 3. Асқазан сөлін зерттеу (көрсетім бойынша).
- 4. Қандағы билирубинді анықтау.
- 5. Холестеринді анықтау.
- 6. АЛТ-ны, АСТ-ны анықтау.
- 7. Қандағы қантты анықтау.
- 8. Қандағы амилазаны анықтау.



- Воспаление слизистой
- Инфицирование *HP*
- Кишечная метаплазия (очаговая)



- Атрофия (первичная)
- Воспаление (слабо выражено)
- Антитела к париетальным клеткам
- Гипоацидность и ахлоргидрия



- Атрофия (вторичная)
- Воспаление (слабо выражено)
- Кишечная метаплазия
- *HP* (умеренное количество)

Лабораторлық зерттеулер: В12 - тапшылықты қаназдық (аутоиммундық гастрит кезінде), нәжісте қан болуы, қан кету нәтижесінде дамыған қаназдық (анемия), (эрозиялы зақымдану салдарынан болуы мүмкін).

ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОЗ

Салыстырмалы диагнозы

Хеликобактерлік және аутоиммунды гастриттердегі салыстырмалы мінездемелер

Белгілер	Аутоиммунді гастриттер	Хеликобактерлі гастрит
Жиі орналасатын жерлері	Асқазан түбі және денесі	Асқазанның антралды бөлігі
Қабыну реакциясы	Айқын емес	Айқындығы едәуір, активті гастрит



13



14



15



16

Асқазан эпителиінің атрофиясы	Біріншілік	Екіншілік
Асқазанның шырышты қабатындағы эрозияның болуы	Тән емес	Жиі
Helicobacter pyloris	Жоқ	Бар
Helicobacter pyloriske қанда антидененің болуы	Жоқ	Бар
Асқазанның ойық жарасымен қосарлануы	Тән емес	Жиі
Малигнизациясы	Сирек жағдайда	Жиі

ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ

- **Емдеу тактикасы**
- **Ем мақсаты:** ремиссияға қол жеткізу, асқынуды тыю.
- **Дәрі-дәрмексіз ем:** диета № 1.
- **Дәрі-дәрмектік ем:**
- 1. Процесс белсенділігі айқын дәрежедегі Нр-жұқпасымен қабаттасқан гастрит кезінде дәрі-дәрмектік ем ретінде эрадикация қолданылады.
- **Бірінші кезектегі емдеу.** Протондық насос ингибиторы (20 мг омепразол*, 20 мг рабепразол*^A,) немесе стандартты мөлшерде ранитидин-висмут-цитрат* + 500 мг кларитромицин*^A + 1000 мг амоксициллин*^A немесе 500 мг метронидазол; барлық дәрі-дәрмектер 7 күн бойы күніне 2 реттен қабылданады. Кларитромицин мен амоксициллин сәйкестігі кларитромицин мен метронидазол*^B-ға қарағанда дұрыстау, өйткені екінші кезеңдегі ем кезінде жақсы нәтижеге жетуге әсер етеді. Күніне екі рет 500 мг кларитромицин* қабылдау дәріні күніне екі рет 250 мг мөлшерінде қабылдағаннан тиімдірек екендігі байқалды. Ранитидин-висмут-цитрат*^A және протондық насос ингибиторларының тиімділігі бірдей екендігі анықталды.

- **Емдеудің бірінші кезеңі тиімсіз болған жағдайда екінші емдеу кезеңін қолдану ұсынылады.** Протондық насос ингибиторы стандартты мөлшерде күніне екі рет және + 120 мг висмут субсалицилат^{*B}-ны күніне 4 рет + 500 мг метронидазол^{*A}-ны күніне 3 рет + 500 мг тетрациклины^A күніне 3 рет.
- «Maastricht-3, 2005» ұсынысына сәйкес 14 күндік эрадикация курсы 7 күндік курсқа қарағанда 12% жоғары. Сонымен қатар 7 күндік эрадикация курсы нәтижелі болған жағдайда қолдануға болады.
- «Maastricht-3, 2005» сәйкес эрадикацияның бірінші және екінші сызығы бойынша әсері болмағанда амоксициллиннің 0,75 г мөлшерін 4 рет мөлшері жоғары (төрт есе) протон помпасының ингибиторы мен қосып 14 көлемінде береді. Басқа варианттарына метронидозолды фуразолидонның 100-200 мг тәулігінен 2 ретке ауыстыруға болады. НР таппаған жағдайда қолданылып жүрген тесттердің нәтижесі жалған мәліметтер беруі мүмкін. Мұның себебі биопсияның дұрыс алмауынан болады (мысалы, ойық жараның түбінен), антибактериалды немесе антисекреторлық дәрілерді қабылдап жүргенде, морфологтар біліктілігінің төмен болғанда және т.б.
- 2. Ахлордидриялық гастритте және В12 дефицитті анемиямен бірге болған аутоиммунды атрофиялық гастритте: алмастырушы ферментотерапия (панкреатин* 50-100 тыс. Бір/тәулігіне тамақпен бірге) тағайындалады, цианкобаламиннің 1000*мкг 6 күн б/етке, одан ары осы препаратты осы мөлшерде бір ай бойы аптасына бір рет б/етке салады, осыдан кейін 2 айда 1 рет салады.

- 3. Рефлюкс гастрит кезінде – ішке прокинетиктерді тағайындайды (домперидон* 10 мг) күніне 3-4 рет тамақ алдында 15 минут бұрын, протонды помпы ингибиторларын (омепразол* 20 мг, пантопразол^{А*} 40 мг, рабепразол^{А*} 20 мг) немесе H₂ блокаторларын (фамотидин* 40 мг, ранитидин 150 мг) 1 рет тәулігіне, урсодезоксихол қышқылының 250-500 мг/тәулігіне жатар алдында, көрсеткішіне байланысты құрамында алюминий бар буферлі антацидтер (фосфолюгель*) беріледі. Жалпы ем ұзақтығы 4-6 апта.

● Негізгі және қосымша дәрі-дәрмектер тізімі

● Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

- 1. *Амоксициллин 1000 мг, табл.
- 2. *Кларитромицин 500 мг, табл.
- 3. *Омепразол 20мг, 40 мг табл.
- 4. *Пантопразол 40 мг, табл.
- 5. *Рабепразол 20мг, 40 мг табл.
- 6. *Фамотидин 40мг, табл.
- 8. *Цианкобаламин 100, 200, 500 мкг, амп.
- 9. *Домперидон 10 мг, табл Панкреатин*.

● Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

- 1. *Метронидазол 250 мг, табл.
- 2. *Тетрациклин 500 т.ед., амп.
- 3. *Фуразолидон, 50 мг.
- 4. *Ранитидин 150 мг, 300 мг, табл.
- 5. *Алюминий гидрототығы, магний гидрототығы бар комбинирленген препараттар.
- 6. *Панкреатин, капс, құрамында 4,5 мың. бір липазасы бар табл.

● Ем тиімділігінің индикаторлары:

- 1. Ауырсыну және іш өту синдромдарын тыю..
- 2. Helicobacter Pylori эрадикациялау.

* – Негізгі (өмірге маңызды) дәрілік заттар тізіміне кіретін препараттар.

● ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- **Госпитализациялауға көрсетілімдер:** асқынған немесе ауыр түрі болып күттірмейтін консервативті немесе хирургиялық емді (қан кету, таралған полипоз, эрозивті пангастрит және т.б) талап еткен жағдайда, стационарлы емге жолдама беріледі.

● ПРОФИЛАКТИКА

● **Первичная профилактика:**

- прекращение злоупотребления приема алкоголя и курения;
- правильное питание;
- избегание стрессовых ситуаций.

Профилактикалық шаралар: тіс санациясы, алкогольдік ішімдіктерді және темекі шегуді шектеу, витаминдерді қабылдау, емдік минералды суларды ішіп тұру, физиотерапия, ЕДШ.

- **Одан ары жүргізу, диспансеризация тәртіптері:** жыл сайын емдеуге санатории профилакторияға, бальнеологияға және бальнеолайлы курорттарға жолдама беру.

Қолданылғын әдебиеттер:

- Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)
 - Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер.
 1. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред И.Н.Денисова, В.И.Кулакова, Р.М.Хаитова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 1248 с.:ил. 2. Доказательная медицина. Ежегодный справочник. – М – Медиа Сфера, 2003. 3. Gastritis. Philadelphia: Intracorp, 2005. . Клинические рекомендации 4. Диагностика и лечение кислотозависимых и хеликобактер-ассоциированных заболеваний. Под ред. Р.Р. Бектаевой, Р.Т. Агзамовой. Астана, 2005 г. 5. А.В. Нерсесов. Клинические классификации основных заболеваний органов пищеварения Учебно-методическое пособие, Астана, 2003 г.
-