

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Тақырыбы:Гастро-эзофагеальді рефлюкстік аурулардың патофизиологиясы

Қабылдаған:Иманбекова Ж.А

Орындаған :Иманкүл А.Қ

2016жыл

Жоспары:

- * Кіріспе
- * Этиологиясы және патогенезі
- * Классификациясы
- * Клиникасы
- * Емі
- * Қосымша тексерулер
- * Пайдаланылған 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. Гастроэзофагеальді рефлюкс ауруы (ГЭРА) – кездесу жиілігі бойынша созылмалы гастритпен бірдей, асқазан ішек жолдарының кең таралған ауруларының бірі. ГЭРА рефлюкс жиілегенде және асқазан құрамының өңештің төменгі үштен бірі кілегей қабығымен жанасу уақыты ұзарғанда пайда болады. ГЭРА тұрғындардың 3-4% кездеседі.

Этиологиясы және патогенезі

- ГЭРА екінші ретті ауру болып табылады. Оның тікелей себептеріне өңештің төменгі сфинктері тонусының төмендеуі (кардияның жетіспеушілігі), өңештің төменгі тесігінің спонтанды релаксациясы (босансуы) және асқазан іші қысымының жоғарылауы жатады. Бұл себептер өз кезегінде мынандай өзгерістердің нәтижесінде туындайды:
 - * а) құрамында кофеин бар тағамдар (кофе, шай, какао) мен дәрілік препараттарды (цитрамон, кофетамин және басқалары) қолдану;
 - * б) төменгі өңеш сфинктерінің тонусын төмендететін дәрілерді (кальций антагонистері, папаверин, но-шпа, нитраттар, баралгин, холинолитиктер, анальгетиктер, теофилин) қабылдау;
 - * в) кезбе нервтің зақымдануы (қант диабетінде);
 - * г) шылым шегу (никотин сфинктер тонусын төмендетеді);
 - * д) алкаголь қабылдау (сфинктер тонусын төмендетеді және алкаголь кілегей қабықты зақымдайды);

- * е) екіқабаттылық (гормондар әсерінен сфинктер тонусының төмендеуі және іш қуысындағы қысымның көтерілуі);
- * ж) өңеш дискинезиясы;
- * з) жүйелі склеродермия;
- * и) диафрагма жарығы;
- * к) тағамды асығыс, жылдам және шамадан тыс қабылдағанда туындайтын аэрофагия;
- * л) жара ауруы;
- * м) себебі әр түрлі дуоденостаз;
- * н) тағамда шамадан тыс майлы етті, баяу еритін майларды, ұн тағамдарын, өткір тұздықтарды, қуырылған тағамдарды қолдану (тағамның асқазанда ұзақ сақталуын және іш қуысы қысымының көтерілуін тудырады).

- * Көрсетілген этиологиялық факторлар ішінде агрессивті заттар бар (тұз қышқылы, пепсин, өт қышқылдары) асқазан және/немесе он екі елі ішек құрылымының (дуоденогастральды рефлюксте) қайта құйылуын тудырады. Агрессивті факторлар өңештің кілегей қабығын зақымдайды. Бірақ эзофагит туындау үшін біріншіден – агрессивті факторлар өңештің кілегей қабығына ұзақ уақыт әсер етуі керек, екіншіден – қорғаныс механизмдері (өңеш клиренсі) мен өңештің кілегей қабығының резистенттілігі жеткіліксіз болулары керек. Өңеш клиренсінің (тазаруының) бұзылуы өңеш дискинезиясында, склеродермияда, сілекей бездерінің қызметі бұзылғанда (ОНЖ аурулары, эндокриндік аурулар, холиолитиктермен емдеу) байқалады. Өңеш кілегей қабығының резистенттілігінің азаюы қан айналысы, регенерация бұзылғанда орын алады. Сонымен, гастроэзофагеальды рефлюкстік ауру асқазан сөлінің агрессивті факторлары мен қорғаныс факторларының (өңеш клиренсі, өңештің кілегей қабығының төзімділігі) арасындағы тепе-теңдік бұзылып, агрессия факторлары басым болғанда бой көрсетеді.

* ГЭРА түрлері:

- * 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.

Клиникасы

- * ГЭРА ең жиі симптомдары – қыжыл, ауыру, регургитация, сілекей ағу, дисфагия, ықылық ату және құсу, өңештен тыс симптомдар
- * **Қыжыл мен төс артының ауыруы** өңештің кілегей қабығының сезімтал нервтерінің тұз қышқылымен тітіркенуіне немесе қышқыл туғызған өңештің түйілуіне (спазм) 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). Қыжыл мен төс артының ауыруын кофе, томат, цитрустарды, шоколадты, мал майын, алкогольді қабылдау, шылым шегу тудырады.

- * **Сілекей ағу** – ауызда сілекейдің көбейгенін сезу, әдетте қыжылмен бірге пайда болады және эзофаго – сілекей рефлексімен байланысты болып келеді.
- * **Дисфагия** – тамақты жұтудың қиындауы; өңеш дискинезиясы, кейде өңештің кілегей қабығының кебуі (темір жетіспеушілік анемияда, склеродермияда, Шегрен синдромында) тудырады. Кейбір жағдайда дисфагия - өңеш стриктурасының белгісі.
- * **Ықылық** кейде науқас адамды азапқа салатындай жиі байқалады, ол диафрагма нервісінің қозуына, диафрагманың тітіркенуі мен жиырылуына байланысты туындайды.

Емі

- * ГЭРА патогенездік ем жасау үшін түрлі фармакологиялық топтардың дәрілері қолданылады. Бұл, алдымен, антисекреторлық препараттар, оларды қолдану асқазан сөлінің қышқылдылығын және оның өңештің шырышты қабатына зақымдаушы әсерін азайтады . Алайда, оларды дуоденогастральді рефлюкс кезінде қолдану оң әсер көрсетпейді, себебі ұлтабардың құрамының зақымдаушы әсері асқазан сөлінікіне қарағанда әлдеқайда жоғары болып табылады.





Бұл жағдайда прокинети́ктерді қолдану тиімдірек, олар АІЖ пропульсивті белсенділігін күшейтеді және гастроэзофагеальді рефлюкстің тікелей себепшісі — өңеш және АІЖ төменгі бөліктерінің дисмоторикасын жояды. Бұл топтың препараттары ГЭРА бар науқастардың клиникалық протоколдарына енгізілген.

Қосымша тексерулер

- Эзофагогастродуоденоскопияда өңештің төменгі үштен бірінің кілегей қабығының ісінгенін, гиперемиясын, эрозиясын және атрофиясын анықтайды.
- * Эндоскопиялық тексеру әдістерінің нәтижесі бойынша ГЭРА активтілігінің 5 дәрежесін ажыратады.
- * **I дәрежесі** онша айқын емес ошақты немесе жайылмалы эритемамен, төменгі өңеш сфинктері деңгейіндегі кілегей қабықтың болбырлығымен және өңештің төменгі бөлігінің кілегей қабығының күңгірттігімен сипатталады.
- * **II дәрежесінде** көбіне түзу түріндегі бір немесе бірнеше эрозиялар (экссудатты немесе экссудатсыз) болады, олар өңештің дистальді сегментінің (сфинктерден жоғарғы бес сантиметрлік шеңберлі зона) кілегей қабығының 10% аз бетін қамтиды.
- * ГЭРА активтілігінің **III дәрежесінде** үсті экссудатпен немесе некроз массасымен жабылған құйылмалы эрозиялар пайда болады, олар айналмалы тарамайды. Зақымданған кілегей қабық өңештің дистальді бөлігінің 50% аз мөлшерін қамтиды.
- * **IV дәрежелік** активтілікте асқазан-өңеш қосылған жерінен жоғарғы бес сантиметрлік зонаның бәрі оралған құйылмалы эрозиялармен немесе экссудатты – некрозды өзгерістермен зақымданады, процесс өңештің төменгі бөлігіне тарайды.
- * **V дәрежелі** активтілікте өңештің әр жерінде терең жаралар мен эрозиялар, стриктуралар мен фиброздық өзгерістер анықталады, өңештің қысқарғаны көрінеді.



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



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

Өңештің рентгеноскопиясын дененің вертикальді және горизонтальді қалпында жасайды. Гастроэзофагеальды рефлюкс барында науқас адамның горизонтальді қалпында барий өңешке қайтадан құяды. Онымен бірге рефлюкс – эзофагит белгілері анықталады: өңеш қуысының кеңігені, оның кілегей қабығы бедерінің өзгергені, өңеш бетінің тегіс болмауы, перистальтиканың әлсіреуі.

- * **Эзофагомонетрия** - 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 с.б. 10-30 мм құрайды. ГЭРА-да өңештің төменгі сфинктері деңгейіндегі қысым с.б. 9 мм-не дейін және одан да төмен түседі.
- * **24-сағаттық интраэзофагеальды рН** – мониторлау және алынған мәліметтерді компьютерлі өңдеуді кардиальді емес төс артының ауыруын 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 одан да төмен азаяды, онымен қатар регургитацияның жиілігі, ұзақтығы және оның динамикасы анықталады.



Пайдаланылган әдебиеттер

- * 1. Гриневич В.Б. Прокинетики в клинической практике // Рос. журн. гастроэнтер., гепат., колопроктол. – 2003. - №6. – С.18-27.
- * 2. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Физиологические основы моторно-эвакуаторной функции ЖКТ // Рос. журн. гастроэнтер., гепат., колопроктол. -2007. №5 – с.5-10.
- * 3. Лапина Т.Л. Тактика лечения больных ГЭРБ. //Фарматека 2009, №3 с 15-19
- * 4. Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П. ГЭРБ: новое решение старой проблемы // Consilium medicum. - 2009. - №8. – С.5-13.
- * 5. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С. Многоцентровое исследование «Эпидемиология Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни» (МЭГРЕ) // Эксперим. и гастроэнтерология. – 2009. Т.1. – С.4-13