

Қ.А. Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті . Медицина факультеті



Түркістан-2013ж

* Тақырыбы:

Жоспар

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

III. Қорытынды

IV. Пайдаланылған әдебиет

*** Асқазан- өңештік рефлюкс- асқазан затының өңешке түсуі. Асқазан ішіндегі заттың өңешке кері өтуіне 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 кардиальды сфинктер жұтқанда ғана ашылып, басқа уақытта жабық күйінде болады. Кардиальды сфинктердің гипотониясы немесе оның спонтанды релакциясы асқазан-өңештік рефлюкстің дамуына әкеледі.**

*** Асқазан-өңеш рефлюксі және оның асқынулары**

Асқазан-өңеш рефлюксі және оның асқынулары- жиі кездесетін, науқасты қиналдырып өтетін ауру. Жиі кездесетін асқынулары: рефлюкс-эзофагит немесе пептик эзофагит, өңеш пептик ойығы, қансырау, Мендельсон синдромы немесе өңеш сұйықтығының өкпеге түсуі, Баррета өңеші, қатерсіз ісіктер, сирек өңеш- рагі.

Рефлюкс эзофагит. Пептик- эзофагит немесе гастроэзофагельды рефлюкс ауруы- бұл созылмалы қайталамалы ауру - асқазан іші құрлымының өңешке өтуі. Гастроэзофагель ауруының келіп шығуы агрессия факторлары мен қорғаныс факторларының теңдігінің бұзылуы, агрессия факторының күшеюі.

Қорғаныс факторлары:

- төменгі өңеш сфинктерінің антипепфлюкс қызметі
- өңештегі тазалану (клиренсі)
- өңеш шырышты қабатының төзімділігі
- өңешке түскен асқазан құрлымының тез арылуы.

Агрессивті факторлар:

- гастроэзофагель рефлюкс өңешке қышқыл, пепсин, өт, панкрестік ферменттердің түсуі
- қарын қуысындағы және асқазан іші қысымының жоғарлауы
- шылым тарту, арақ ішу
- құрамында кофеин,холинолитик, спазмолитик бар дәрілер
- асқазан жара ауруы

- * **Белгілері(клиника):** Өңеш және өңештен тыс белгілер. Эзофагель белгілері - күй, қышқыл кекіру, жұтыну қиыншылығы, ауызда сілекей кобеюі, жөтелгенде төс арқасында ауырсыну одинофагия, өңеште ауырсыну, ықылық ату, құсу.
- * **Өңештен тыс белгілер-** өңештегі эзофагеальды, эзофагобронхиальды және эзофагокардинальды рефлюкстерден келіп шығады. Оларға жататындар:
 - * -отоларингофарингеальды синдром(ларингит,фарингит,созылмалы ринит, отит,отальгия)
 - * -стоматологиялық синдром(кариес, пародонтоз)
 - * -өкпе синдромы(бронхтық астма, созылмалы бронхит, қайталанушы пневмония, пневмофиброз, өкпе ателектазы, өкпе абсцесі, өкпе бронхоэктазиясы)
 - * -кардиальды синдром(жүрек ауруы, аритмия)
 - * -анемиялық синдром(гипохромды темір жетіспеушілікті анемия).

- * **Диагностикасы.** Эзофагогастродуоденоскопия- ЭКГ тексеруден кейін өткізіледі. Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруында (ГЭРА)-шырышты қабатында эрозия немесе пептик ойықтардың болуы.
- * **Эндоскопиялық көрінісіне қарай рефлюкс-эзофагиттің келесі ауырлық дәрежелерін айырады:**
- * **I дәрежесі-** асқазан-өңеш қосындысының деңгейінде кілегей қабықтың қызаруы, жылтырының жойылуы.
- * **II дәрежесі-** өңеш кілегей қабығы бүрмелерінің бетіндегі бір немесе бірнеше беткей эрозиялар; эрозиялар көбіне сызықша тәрізді, экссудатты немесе экссудатсыз; зақымданулардың жалпы аумағы өңештің дистальді сигментінің, сфинктерден жоғары, бес сантиметрлік бөліктің 10 % кемін қамтыған;
- * **III дәрежесі-** бір-біріне ұласқан, беті экссудатпен немесе некроздық қабықпен қапталған эрозиялар; бірақ эрозиялар циркулярлы таралмаған зақымданудың жалпы аумағы аталған сегменттің 50% қамтиды;
- * **IV дәрежесі-** циркулярлы орналасқан, бір-бірімен ұласқан эрозиялар; зақымдану процесі бес сантиметрлік зонаны толық қамтиды және өңештің дистальді бөлігіне тарайды.
- * **V дәрежесі-** өңештің структуралары және қабырғасының фиброзы;өңештің қысқаруы.

- * **Емдеу.** Пептикалық эзофагитте антирефлюксті ем:
- * -тамақтануды қалыптастыру, қауіпті факторлардан алыстату, шылым шекпеу, насыбай атпау, арақ ішпеу
- * -басын 15 см жоғары көтеріп ұйықтау
- * -тамақтанғаннан кейін 1,5 сағат жатпау
- * - I-II дәрежелі рефлюкс эзофагитте 6 апта Ранитидин 150-300 мг күніне 2рет, фамотидин(кватемал) 20-40 мг күніне 2 рет таңертең және кешке, малокс 15 мг тамақтанған соң 1 сағаттан кейін және ұйқы алдында күніне 4 рет.
- * -III-IV дәрежелі ауырлықтағы эзофагитте 8 апта бойына ем қабылдайды.
Омепрозол 20мг күніне 2 рет таңертең және кешке+ бірге сукральфат (вентер) 1.0 мг күніне 3 рет тамақтан 30 минут алдында, цизаприд немесе мотилиум 10 мг күніне 4 рет тамақтан 15 мин алдында.
- * - V дәрежелі ауырлықтағы эзофагитте емі операция.
- * **Рефлюкстік асқынулары-** эзофагит, тарылу, қансырау, аспирациялық пневмония,өңештің күшті асқыну спазмы операцияға көрсетпе. Объективті анықталған өңеш рефлюксі 6 ай мерзімде өткізілген ем жәрдем бермесе операция жолымен емделінеді.
- * Кардияның механикалық әлсіздігінде операция жолымен емдеу мүмкін. Балалар мен жаңа туған балаларда анықталған рефлюксте тез бірден операция істелінеді. Себебі жас балалардағы эзофагит тез дамып, асқынуларға алып келеді. 2 ай ішінде өңеш өзегі тарылып қалады.



Фармакотерапиялық тобы

Қышқылдықтың бұзылуымен байланысты жай-күйлерде қолданылатын препараттар. Гастроэзофагеальдық рефлюкс кезінде қолданылатын ойық жараға қарсы дәрілер мен препараттар. Гистаминді H_2 рецепторлар бөгейіштері

Дәрілік түрі

Қабықпен қапталған 0,15 г және 0,3 г таблеткалар

Құрамы

Бір таблетканың құрамында

белсенді зат - 0,15 г және 0,3 г ранитидин (гидрохлорид түрінде)

қосымша заттар: жүгері крахмалы, сүт қанты, микрокристалдық

целлюлоза, төменгі молекулярлық поливинилпирролидон,

кальций стеараты,



Фармакокинетикасы

Жылдам сіңеді, тамақтану сіңу дәрежесіне болымсыз әсер етеді. Ішу арқылы қабылдаған кезде ранитидиннің биожетімділігі шамамен 50% құрайды. Плазмадағы барынша жоғары концентрациясына қабылдаудан кейін 2-3 сағат өткенде жетеді. Плазманың ақуыздарымен байланысуы 15% аспайды. Бауырда болымсыз метаболизденеді, “бірінші өту” әсеріне ұшырайды. Шығу жылдамдығы мен дәрежесінің бауыр жай-күйіне байланыстылығы аз болады. Ішкеннен кейінгі жартылай шығу кезеңі - 2,5 сағат, креатинин клиренсі 20-30 мл/мин болған кезіндегісі - 8-9 сағат. Дозаның 30% жуығы өзгермеген күйінде несеппен шығады.





Фармакодинамикасы

Ранитидин асқазан шырышты қабығы гистаминдік H₂-рецепторлары париетальдық жасушаларының антагонисі болып табылады. Тұз қышқылының барорецепторлардың тітіркенуі, тамақ жүктемесі, гормондар мен биогендік көтермелегіштердің (гастрин, гистамин, пентагастрин) әсері туындатқан базальдық және көтермеленген секрециясын төмендетеді. Ранитидин асқазан сөлінің көлемі мен ондағы тұз қышқылының құрамын азайтады, асқазан ішіндегісінің рН-ын арттырады, бұл пепсин белсенділігінің төмендеуін туғызады. Емдік дозаларда ішу арқылы қабылдағаннан кейін пролактиннің деңгейіне әсер етпейді. Микросомальды ферменттерді тежейді.

Қолдану тәсілі мен дозалары

Ранитидинді тамақтануға қарамастан шайнамай, аздаған мөлшердегі сумен бірге қабылдайды.

Ересектер мен 14 жастан үлкен балалар:

Асқазан мен 12 елі ішектің ойық жара ауруы. Асқынуларды емдеу үшін тәулігіне 2 рет (таңертең және кешке) 0,15 г-нан немесе түнге қарай 0,3 г тағайындайды. Қажет болғанда - тәулігіне 2 рет 0,3 г-нан. Емдеу курсының ұзақтығы – 4-8 апта. Асқынулардың алдын алу үшін түнге қарай 0,15 г-нан тағайындайды.



Жағымсыз әсерлері

- жүрек айнуы, ауыздың кеберсуі, іш қату, құсу, диарея, абдоминальдық ауырулар, гепатоцеллюлярлық, холестатикалық немесе аралас гепатит, жедел панкреатит
- лейкопения, тромбоцитопения, агронулоцитоз, панцитопения, жілік майының гипо- және аплазиясы, иммундық гемолитикалық анемия
- артериялық қысымның төмендеуі, брадикардия, аритмия, атриовентрикулярлық бөгеу
- жоғары шаршағыштық, ұйқышылдық, бас ауыруы, бас айналуы, сананың шатасуы, құлақтағы шуыл, тітіркенгіштік, галлюцинациялар (негізінен егде емделушілер мен ауыр науқастарда), еріктен тыс қимылдар
- көрудің айқын еместігі, парез, аккомодациялар
- артарлгия, миалгия
- асқын пролактинемия, гинекомастия, аменорея, либидоның төмендеуі, белсіздік
- есекжем, тері бөртпесі, ангионевротикалық ісіну, анафилактикалық шок, бронхтық түйілу, мультиформдық эритема
- алопеция, асқын креатининемия

Қолдануға болмайтын жағдайлар

- ранитидинге немесе препараттың басқа компоненттеріне жоғары сезімталдық
- жүктілік, лактация
- 14 жасқа дейінгі балалар.

Дәрілермен өзара әрекеттесуі

Асқазан ішіндегісінің рН көтерілуі салдарынан бір мезгілде қабылдаған кезде итраконазол мен кетоконазолдың сіңуі азаюы мүмкін

* Айрықша нұсқаулар

*

* Ранитидинмен емдеу асқазан карциномасымен байланысты симптомдарды бүркемелеуі ықтимал, сондықтан емдеуді бастаудың алдында рақтың-ойық жараның болуын жоққа шығару керек.

*

* Бүйрек және/немесе бауыр жеткіліксіздігінде, сыртартқысында портжүйелік энцефалопатиясы бар бауыр циррозында, жедел порфирияда (оның ішінде сыртартқысында) сақтықпен тағайындайды.

*

* Темекі шегу ранитидиннің тиімділігін төмендетеді.

*

* Жілік майын бәсеңдететін дәрілік заттар нейтропения қаупін арттырады.

*

* Ранитидин барлық H₂-гистаминбөгейіштер сияқты нейтропения қаупін арттырады, шұғыл тоқтатпау керек (“рикошет” синдромы).

*

* *Helicobacter pylori* эрадикациялау үшін препаратты антибиотик-макролидтермен пайдалану керек.

*

* H₂-гистаминрецепторлар бөгейіштерін олардың сіңуі елеулі төмендеуінен аулақ болу үшін итраконазолды немесе кетоконазолды қабылдаудан кейін 2 сағат өткенде қабылдау керек.

*

* Глутаматтранспептидазаның белсенділігін төмендетуі ықтимал.

*





* Склеродермиядан немесе ахалазияда консервативті миотомиядан кейінгі асқазан-өңеш рефлюксін кешіктірмей операция істеу қажет, болмаса тез дамушы эзофагит және де өкпе аспирациясымен қосарланады.

Негізі 3 түрлі операция өткізіледі:

1. Nissen бойынша көкірек немесе қарын қуысы арқылы

2. Belize бойынша көкірек қуысы арқылы

3. Hill бойынша - кардияны таңбалау.

Операциялардың мақсаты - кардияның қалыпты қызметін тіктеу, рефлюксті жоғарлату;

-асқазан - өңеш рефлюксне байланысты барлық белгілерді әлсірету және асқынулардың алдын алу.

-асқазан - өңеш рефлюксін жоғарлату, бұл операциядан кейін рН-анықтаумен дәлелденеді.

-науқастың жасына сәйкес өмірін қалыптастыру дәрі-дәрмек, диетамен емдеу.

-кекірмей, қиналмай жұтыну, құсу, іш кебу азаюы.

*

Өңеш ойығы

- * Өңештің шырышты қабатының ойықтары көбінше төменгі үштігінде кездеседі. Ойықтар : **шын және симптоматикалық** болып ажыратылады.
- * **Шын ойықтар**- бұл пептик ойықтарда кездеседі: көк еттің тесігінің жарығында, кардия жетіспеушілігінде және гастроэзофагельды рефлюкс ауруында.
- * **Симптоматикалық ойықтар**-бұл басқа нұсқаларда (вирусты инфекцияда, стрестен кейін, дәрілер әсерінен, Шарген синдромында)келіп шығатын ойықтар.
- * **Клиникасы:**
- * Науқастың шағымы төстің арқасындағы ауру, жұтынудың қиындауы, көкіріктің күйі, құсу, азу.
- * **Аспаптармен тексеру:** Эзофагоскопия, өңешті рентгеноскопиялық тексеру, тәуліктік рН- метриясын өлшеу, биоптатты вирусологиялық тексеру
- * **Емдеу:** Консервативті және оперативті өткізілетін ем.

* Өңештің тарылуы.

* Өңештің жақсы сипаты, тарылуы -2 морфологиялық түрде өтеді.

* 1) дөңгелек тәрізді, зақымдану эпителидің жалпақ және цилиндр тәрізді жасушаларының шекарасында. Қараю, шырыш асты қабатының қабынып, склерозға ұшырауынан шырышты қабаты өзгереді.

* 2) шырышты қабатының ұзына бойына тарылуы, жарықтарға түскен асқазан немесе гетеротоп өңешке өткен асқазан шырышты қабатында. Бұл қалың шандырлы тыртық өңештің қабырғасының қалыңдығы бойынша таралып шырышты қабаттағы ойықтардан ажыратады. Перизофагальды қабынуға алып келеді. Өңештің қабынуы және шандырға өту процестері өрлеп таралады, өңешті тарылтуға, қысқаруға алып келеді.

- * **Диагностикасы.** Ең бірінші белгі - дисфагия өңеш тарылғанда, рефлюкс эзофагитте. Барий қоймалжыңымен ренгеноскопиялау анық тексеру әдісі.
- * **Емдеу.** Өңешті кеңейту және антирефлюксті ем.
- * **Баррета өңеші.** Бұл- гастроэзофагияльды рефлюксті ауруларының асқыну түрінде жүре пайда болған ауру, мұнда өңештің төменгі бөлігінің көп қабатты жалпақ эпителий тәрізді эпителиймен ауысады да, өңеште немесе кардияда аденокарцинома дамуына алып келеді.
- * **Клиникасы.** Көп қабатты жалпақ эпителидің цилиндр тәрізді эпителимен ауысуы арнайы белгілерсіз өтеді. Цилиндр тәрізді эпителийдің ауруға сезімталдығы нашарлайды, 25% науқастарда рефлюкстерді ауру белгілері болмайды, қалғандарында әлсіз анықталады. %

*Кардия ахалазиясы

- *Өңештің екі тарылған бұлшықет жүйке ауруына- кардия ахалазиясы жатады, бұнда өңеш бойлап перисталтика нәтижесіз, жұтынған кезде өңештің төменгі сфинктрі босаңсып ашылмайды. Кардия ахалазиясы және өңеш рагінен кейінгі 2-ші орында. Аурушаңдың 20-40 жастарда кездеседі. Жиілігі әйел мен еркектерде бірдей.
- *Клиникалық балгілері. Кардия ахалазиясының негізгі белгілері: дисфагия ең ерте және тән белгісі- регургитациясы. Төс арқасындағы ауырсыну. Басталу кезінде тынымсыз дисфагия. Жұтынғанда тамақ төстің төмендегі бөлігінде тұрып қаладыда, жұтынған сайын жиыла береді. Көпшілік науқаста тез тамақты асығып жегенде, басқа себепсіз дисфагия болады.

- * **Өңештің толық тырысуы.**
- * **Өңеш қабырғасы бұлшық еттерінің қалыпты жиырылуы сақталып толық тырысып шығатын ауру.** Орта жастағы және егде жастағы еркектер ауырады. Өңештің жиырылуының өзгерістерінен келіп шығатын аурудың 6% құрайды.
- * **Диагностикасы.** Эндоскопияда айтарлықтай өзгерістер анықталмайды, шырышты қабаты өзгермеген өңеш кеңеймеген.