

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ
МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

**Патологиялық физиология кафедрасы
СӨЖ**

Тақырыбы: Гастроэзофагальды рефлюкс.

Орындаған: Қыдыралы Ұ.Е

Факультет: ЖМ-14-011- 2к

Курс: 3

Тексерген: Ермаганбетова А.Ш.

Алматы 2016 жыл

Жоспар:

- Кіріспе

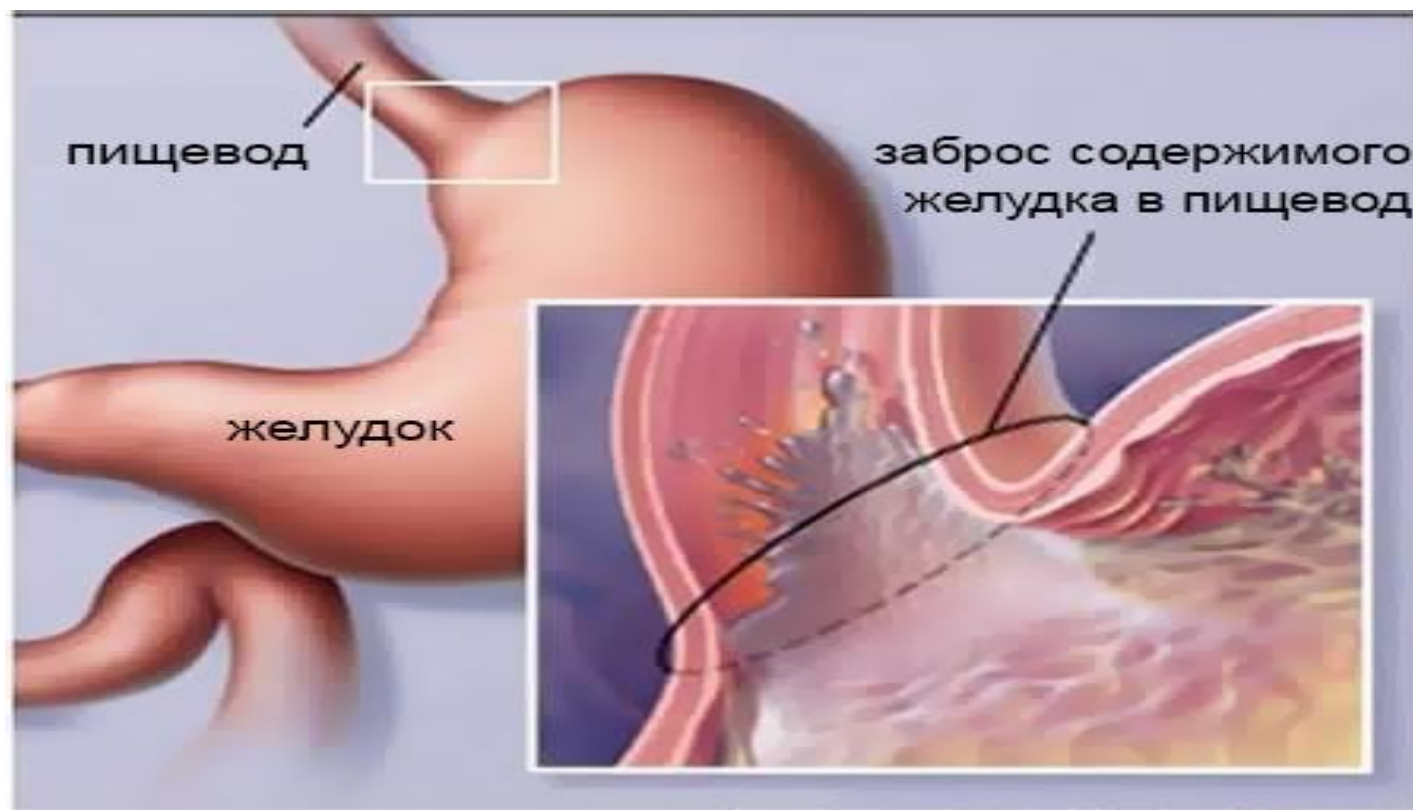
Негізгі бөлім:

- Гастроэзофагальді рефлюкс
- Этиологиясы, клиникалық көріністері
- Жіктелуі, асқынуы
- Диагнозы
- Емдеу принциптері

Қортынды

Пайдаланылған әдебиеттер

Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруы — 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, кардиальдік сфинктер жұтқанда ғана ашылып, басқа уақытта жабық күйінде болады. Кардиальдік сфинктердің гипотониясы немесе оның спонтанды релаксациясы асқазан — өңештік рефлюкстің дамуына әкеледі. Қалыпты жағдайда өңештің төменгі бөлігінде РН – 6,0 тең. ГЭР ауруында РН төмендейді 4,0-ке дейін, немесе 7,0-ке дейін жоғарылайды.



Этиологиясы және клиникалық көрінісі:

Өңештің төменгі сфиктерінің гипотониясын туғызатын себептер:

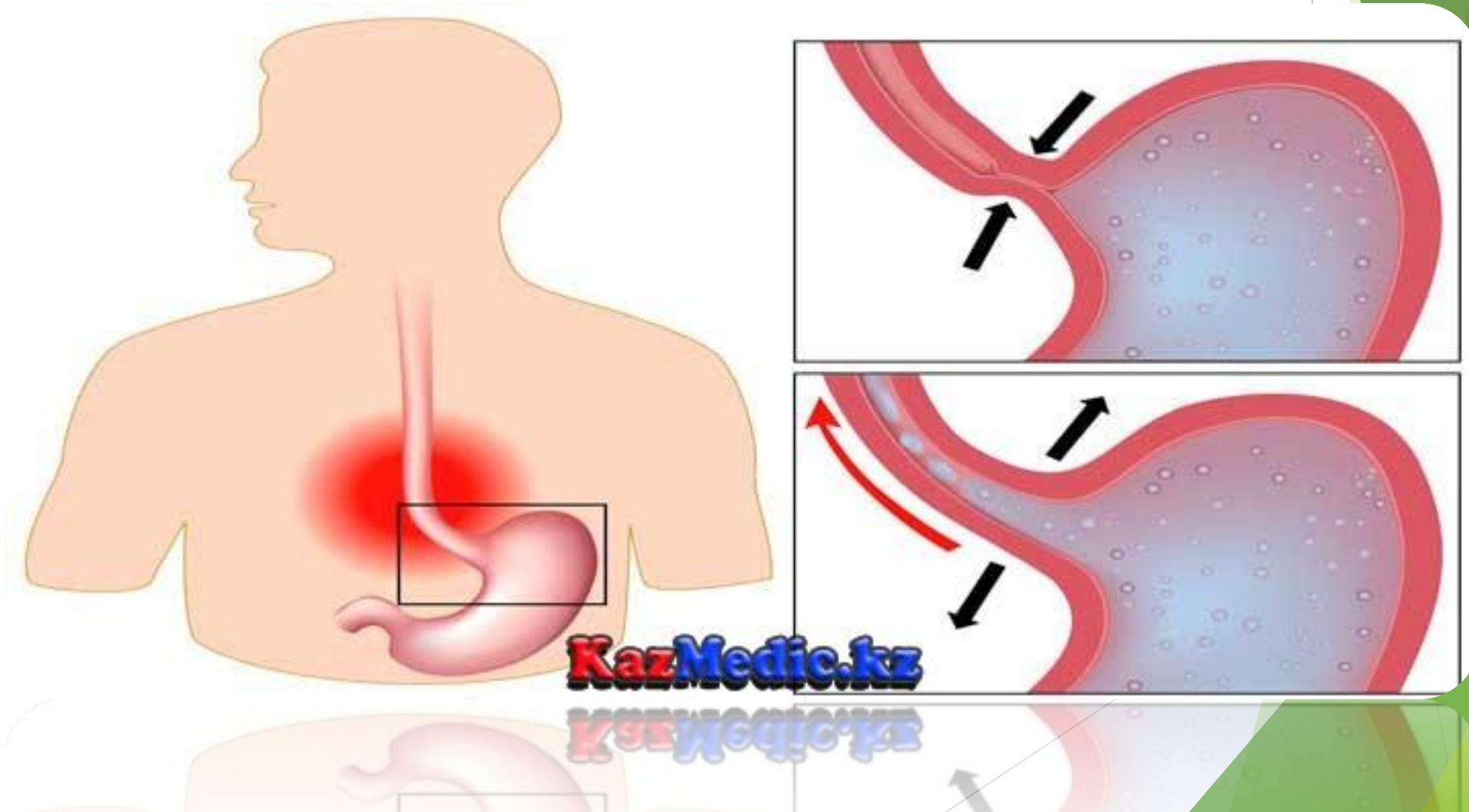
- Коффеинге бай сусындарды, шай, кофе, какаоға құмарлық немесе кофеин қосылған дәрмектерді (кофетамин, цитрамон) ұзақ қолдану
 - Өңештің төменгі сфиктерінің тонусын төмендететін дәрмектерді жиі қолдану (кальций антогонистері, миоспазмолитиктер, нитраттар, холинолитиктер, анальгетиктер, теофиллин, бұрыш жалбызы) немесе зиянды әдеттер – темекі тарту, ішімдік.
 - Кезбе нервтің зақымдануы (қантты диабетте дамиды вагустық нейропатия)
 - Жүктілік (сфиктер тонусының төмендеуіне эстрогеномия мен прогестерономияның жоғарлауы және құрсақ іші қысымының биіктеуі)
-
- Қыжылдау – пептикалық эзофагиттің және асқазан — өңештік рефлюкстің басты белгісі. Бұл семсер өскіншектен жоғары қарай таралатын, төс артының ашып күйдіру сезімі.
 - Кекіру – асқазан ішіндегі заттың өңештен өтіп ауызға түсуі. Кекіру еңкейгенде, жатқанда пайда болып, ауызда ащы немесе қышқыл дәм сезіледі.
 - Дисфагия – жұтқан тамақтың өңештен өтуінің қиналуы. Себептері: өңеш дискинезиясы немесе кілегей қабығының құрғақтығы.
 - Алқымның түйілу сезімі — өңештің жоғарғы бөлігінде қысымның биіктеуінен болатын шағым. Бұл сезімді globus hystericus белгісінен айыру қажет.
 - Одинофагия — өңештің тағам өткен кезде ауруы. Өңештің кілегей қабығының қабынуынан болады. Тамақ ішуге тәуелді немесе тәуелсіз сезіледі. Бұл ауырсынуды ЖИА – нан айыру қажет.

Рефлюкс эзофагит патогенезі:

- Асқазан — өңештік рефлюкс сау адамдардың өзінде, күндізгі уақытта тамақ ішкеннен соң, кейде түнгі мезгілде (горизонтальды қалыпта) бола береді, мәселен 12 елі ішектің рН – метриясын мониторлау арқылы сау адамдарда тәулігіне 50 – ге жуық рефлюкс эпизодтары байқалған, бірақ олардың жалпы уақыты 1 сағаттан аспаған.
- Негізінде өңештің кілегей қабығы асқазаннан түсетін агрессиялық заттарға біршама төзімді (өттің, пепсиннің, тұз қышқылының әсеріне).
- Бұл заттар өңештің кілегей қабығымен ұзақ жанасса ғана эзофагит дамиды. Қалыпты жағдайда өңештің химиялық зақымдануына өңеш клиренсі (тазарту механизмі) жол бермейді.



Асқазан — өңештік рефлюкстің салдарынан өңеш кілегей қабығының тұз қышқылымен, пепсинмен, өтпен зақымданып қабынуы пептикалық эзофагит деп аталады. Пептикалық эзофагиттің дамуына асқазан — өңештік рефлюкспен бірге өңештік клиренстің төмендеуі септігін тигізеді.



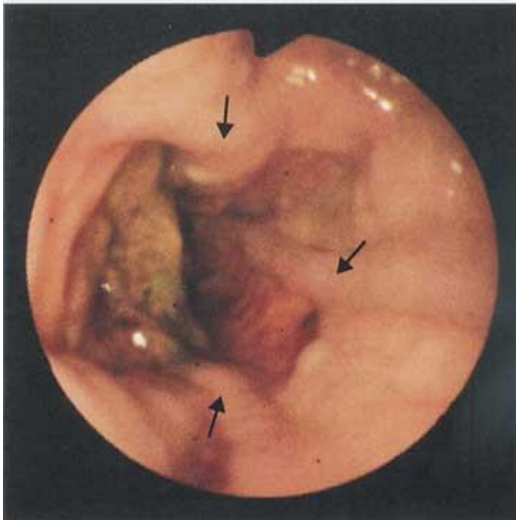
Асқазан өңештік рефлюкс ауруы кезіндегі көрініс:

Өңеш клиренсінің механизмдері

- Өңеш перистальтикасының қалыпты жүруі
- Сілекей бездерінің қалыпты функциясы
- Тамақты немесе сусынды ішу
- Өңештің кілегей астылық қабығындағы бездер функциясының қалыпты күйде сақталуы
- Өңеш ішіндегі заттың өз салмағымен түсуі

Өңештің клиренсінің төмендеуіне септігін тигізетін факторлар:

- Өңештің дискинезиясы
- Сілекей бездерінің дисфункциясы (Шегрен синдромы, склеродермия, гипотиреоз, қантты диабет)
- Өңеш кілегей қабығының регенерациялық қасиетінің төмендеуі (анемия, гиповитаминоздар)



Жіктелуі, асқынуы:

Асқазан — өңештік рефлюкстің халықаралық жіктемесі (Лос- Анджелес 1998 ж.)

1. I дәреже- шырышты қабықтағы қабыну ошақтары 5 мм дейін.
2. II дәреже- қабыну ошақтары 5мм- ден көп.
3. III дәреже- қабыну ошақтары бірнеше қатпарларға таралған өзгерістер.
4. IV дәреже- шырышты қабықтағы жайылған 75%- дан асатын қабынбалы өзгерістер бар.

Асқазан — өңештік рефлюкстің мүмкін болар асқынулары – егерде науқаста бұл ауру көптен бері келе жатса, онда өңештің кілегей қабығындағы клеткалар метаплазиясы мен дисплазиясы дамиды, және ем тағайындалмаса, болашақта қатерлі ісікке әкеледі соны – ол өңеш қатерлі ісігі деп аталады. Қансырау жиі пайда болатын асқынуға жатпайды, ол тек 2 % — дан төмен жағдайда кездеседі, ал перфорациясы өте сирек кездеседі. Жалпы бұл ауруда асқыну сирек кездеседі.

Диагностикасы:

Өңештің және асқазанның рентгеноскопиясы. Асқазан — өңештік рефлюксті анықтау үшін науқасқа тік қалпында контрастты зат ішкізіп, баридің өңештен асқазанға түсуін қадағалайды, содан соң науқасты жатқызып горизонтальды қалыпта тексереді. Асқазан — өңештік рефлюкс болса, асқазан ішіндегі барий өңешке кері оралады, сонымен қатар рефлюкс – эзофагиттің белгілері анықталады: өңеш қуысының кеңуі, контурының тегіс еместігі, перистальтикасының баяулануы. Рентгендік зерттеумен диафрагманың өңештік тесігінің жарығы, өңештің стриктуралары, спастикалық тарылулары, жаралары және ісігі анықталады.

Метилен көгімен жасалатын сынама. Рентгендік бақылауды жүргізе отырып дуоденальдік зонд арқылы жатқан күйіндегі науқастың асқазанына бояудың ерітіндісін жібереді, содан соң зондты сумен шаяды да, зондты бері тартып, ұшын кардиден бірнеше сантиметр жоғары қалдырады. Содан соң шприцпен өңеш ішіндегі затты ақырындап сорады. Егерде шприцте метилен көгі пайда болса, онда асқазан — өңештік рефлюкстің болғаны.

Емі:

Жалпы ем шаралары.

- жататын төсектің бас жағынан ең кемінде 15 см биіктеу.
- артық дене салмағын түсіру.
- жатар алдында тамақ, алкоголь қабылдамау.
- тағамдағы майдың мөлшерін азайту.
- темекі тартуды тоқтату.
- өңештің моторикасына теріс әсер ететін дәрмектерді қолданбау.



Дәрмекті ем.

Ем тактикасы аурудың ауырлық дәрежесіне байланысты.

- аурудың I- II дәрежелерінде: ранитидин 150 мг күніне 2 рет 4-6 апта + H₂- гистаминблокаторлар (маллокс, фосфалюгель, ремагель) күніне 3 рет беріледі. Ем курсы 4-6 апта.
- аурудың III дәрежесінде: H₂ блокатор ранитидин 150 мг + прокинетик мотилиум 10мг + сукральфат 0.5-1.0 г береміз. Ем курсы 6 апта.
- аурудың IV дәрежесінде: омепразол 20 мг күніне 2 рет + прокинетик + сукралафат.

Емнің ұзақтығы 6-8 апта.

Хирургиялық ем

- Өңеш дилатациясы
- Диафрагманың өңештік -тесігінің жарығына
- Өңештің жаңа бөлігіне анастомоз қою



Қортынды

Қарқынды урбанизациямен, өмір емпінің жоғарлауымен, қоршаған ортаның кері стрессті әсерімен және тамақтанудың күрт төмендеуімен сипатталатын қазіргі қоғамның социальды — экономикалық құрылымының белсенді өзгеруі халық денсаулығына тікелей әсер етуде. Осыған байланысты гастроэнтерологиялық аурулардың жиілігінің артуы байқалады, солардың ішінде ерекше орынды асқазан — өңештік рефлюкс ауруы алады. ДМҰ-ң мәліметіне сәйкес бұл патологиямен халықтың 40% ауырады. Ең алғаш бұл ауру 1879 жылы Куйнкемен анықталған. Асқазан- өңештік рефлюкс ауруы-асқазан затының өңешке өтуімен жүретін өңештің төменгі үштен бір бөлігінің зақымдалуымен сипатталатын созылмалы ауру.