

СӨЖ

Гастроэзофагальді
рефлюкс ауруының
фармакотерапиясы.

Орындаған: Бекмурзаева А.

Тобы: ЖМ-016

Қабылдаған: Захитдинова Н.С

Жоспары:

- Гастроэзофагиальді рефлюкс ауруы;
- Этиологиясы;
- Патоморфологиясы;
- Классификациясы;
- Клиникасы;
- Қосымша тексерулер;
- Асқынулары;
- Емі, мақсаты, фармакотерапиясы.

- Гастроэзофагеалы рефлюкстік ауру (ГЭЗА, син, рефлюкс-эзофагит) – асқазан және он екі елі ішек құрамының қайта құйылуының нәтижесінде пайда болатын өңештің кілегей қабығының қайталамалы, созылмалы қабынуы.
- Гастроэзофагеалық рефлюкс сау адамдарда болады, олардың тәулік ішіндегі саны 50-ге жетеді (күндіз жиірек болады, әдетте тамақ қабылдағаннан кейін, түнде сирегірек болады), олардың жалпы ұзақтығы тәулік ішінде 1 сағаттан аспайды. ГЭРА рефлюкс жиілегенде және асқазан құрамының өңештің төменгі үштен бірі кілегей қабығымен жанасу уақыты ұзарғанда пайда болады. ГЭРА тұрғындарының 3-45% кездеседі.

Gastroesophageal Reflux

Esophagus

Lower Esophageal Sphincter Open Allowing Reflux

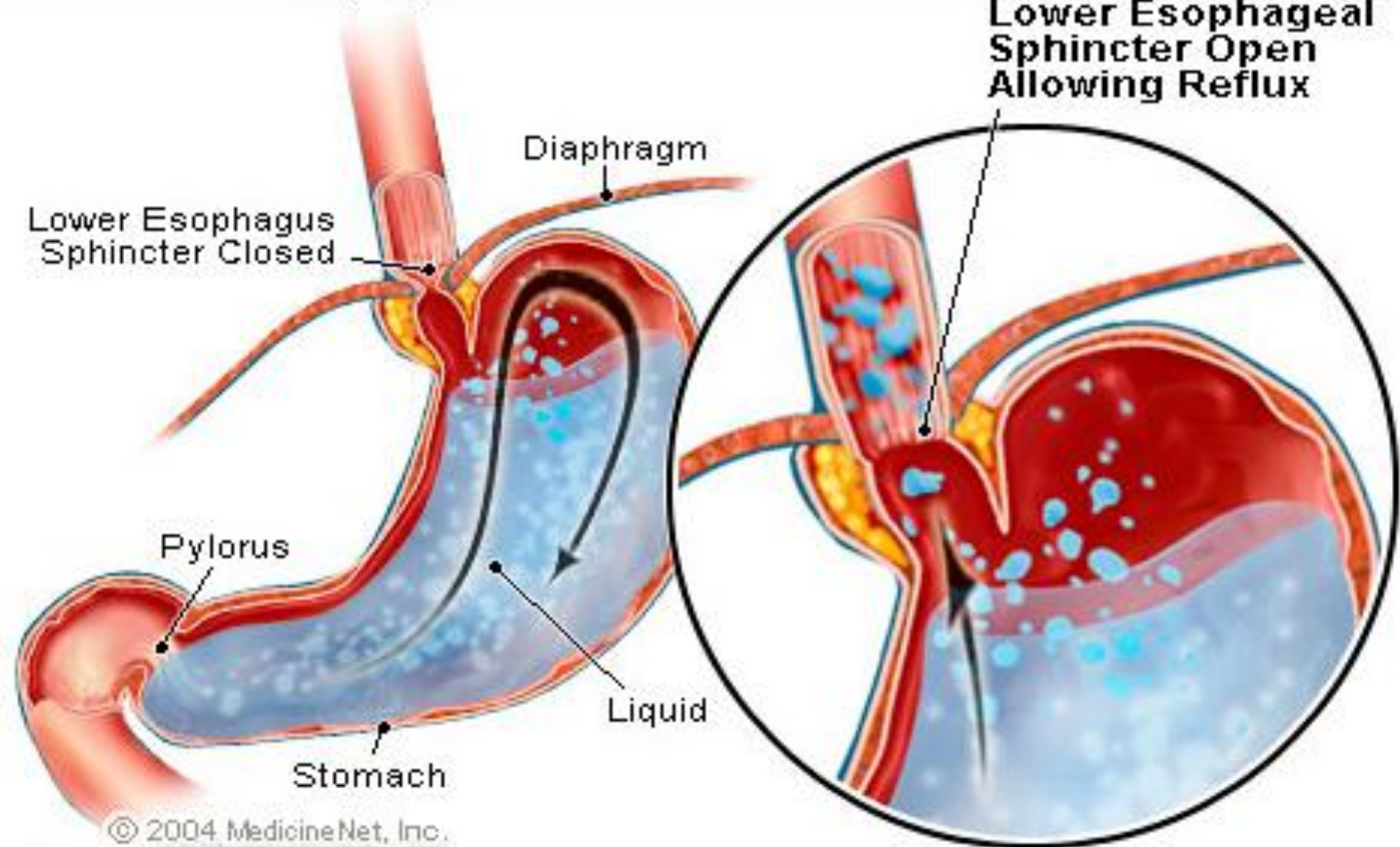
Diaphragm

Lower Esophagus Sphincter Closed

Pylorus

Liquid

Stomach



ЭТИОЛОГИЯСЫ .

ГЭРА екінші ретті ауру болып табылады. Оның тікелей себептеріне өңештің төменгі сфинктері тонусының төмендеуі (кардияның жетіспеушілігі), өңештің төменгі тесігінің спонтанды релаксацясы (босансуы) және асқазан іші қысымының жоғарлауы жатады.

Бұл себептер өз кезегінде мынандай өзгерістердің нәтижесінде туындайды:

- Құрамында кофеин бар тағамдар (кофе, шай, какао) мен дәрілік препараттарды (цитрамон, кофетамин және басқалары) қолдану;
- Төменгі өңеш сфинктерінің тонусын төмендететін дәрілерді (кальций
- Антагонистері, папаверин, но-шпа, баралгин, холинолитиктер, анальгетиктер, теофиллин) қабылдау;
- Кезбе нервтің зақымдануы (қант диабетінде);
- Шылым шегу (никотин сфинктер тонусын төмендетеді);
- Алкоголь қабылдау (сфинктер тонусын төмендетеді және алкоголь кілегей қабықты зақымдайды);
- Екі қабаттылық (гормондар әсерінен сфинктер тонусының төмендеуі және іш қуысындағы қысымның көтерілуі);
- Өңеш дискинезиясы;
- Жүйелі склеродермия;
- Диафрагма жарығы;
- Тағамды асығыс, жылдам және шамадан тыс қабылдағанда туындайтын аэрофагия;

● Жара ауруы.

- Ағам 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 (тұзқышқылы, пепсин, өт қышқылыдары) асқазан және он екі ішек құрылымының (дуоденогастралық рефлюксте) қайта құйылуын тудырады, агрессиялық факторлар өңештің кілегей қабығын зақымдайды, бірақ эзофагит туындау үшін біріншіден-агрессиялық 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, холинолитиктермен емдеу) байқалады. Өңеш кілегей қабығының резистенттілігінің азаюы қан айналысы, регенерация бұзылғанда орын алады. Сонымен, гастроэзофагеалы рефлюкстік ауру асқазан сөлінің агрессиялы факторлары мен қорғаныс факторларының (өңеш клиренсі, өңештің кілегей қабығының төзімділігі) арасындағы тепе-теңдік бұзылып, агрессия факторлары басым болғанда бой көрсетеді.

Патоморфологиясы .

- ГЭРА болатын морфологиялық өзгерістерге өңештің кілегей қабығының гиперемиясы мен ісінуі, олардың эрозиямен қоса кездесуі, беткей орналасқан, кейде терең орналасқан жара ,стриктуралар жатады. Гистологиялық тексергенде кілегей қабықта плазмоциттердің, лимфоциттердің, гранулоциттердің және эозинофильдердің инфельтрациясы
- Анықталады. Өңештің көп қабатты жайпақ эпителийі сақазан мен ішектің цилиндр тәріздібір қабатты эпителийімен ауысқан. Мұндай күй Баррет өңеші деп аталады, оның өзі өңештің жоғарғы және ортаңғы үштен бірінің пепсиндік жарасы мен стриктурасын және қылтамақ тудыруы мүмкін .

Классификациясы.

ГЭРА түрлері:

- ГЭРА, эзофагитсіз немесе эндоскопиялық негативті рефлюкс ауруы, немесе эрозиясыз рефлекс-ауру)- эндоскопияда табылмайтын өңештің кiлегей қабығының зақымдануы .
- Рефлекс-эзофагит-эндоскопияда көрінетін өңештің кiлегей қабығының зақымдануы.

Клиникасы.

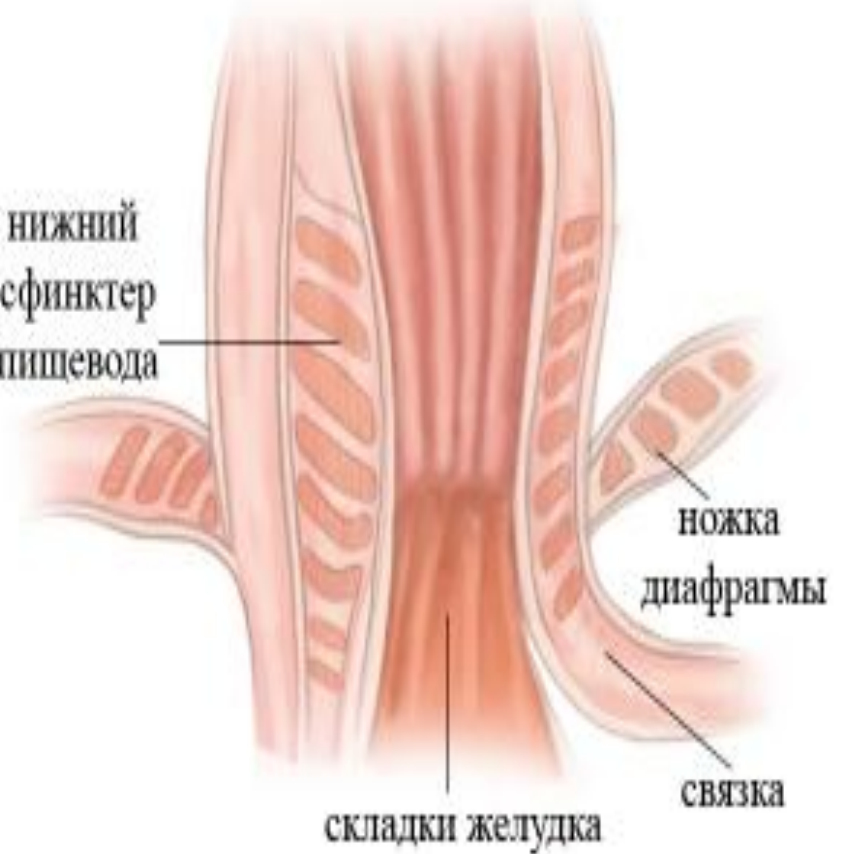
ГЭРА ең жиі симптомдары

- Қыжыл
- Ауыру
- Регургитация
- Сілекей ағу
- Дисфагия
- Ықылық ату және күсу
- Өңештен тыс симптомдар

Гастроэзофагальді рефлюкстік ауру



НИЖНИЙ
сфинктер
пищевода



ҚЫЖЫЛ .

- Төс артының күйдіру сезімі, семсерше өскіннен жоғары қарай тарайды. Төс артының аурыуы қарқындылығына қарай әр түрлі болып келеді, төс артын жырып кеткен сияқты сезімнен немесе тағамның өңеш бойымен жүргенін сезуден өте күшті, анальгетиктер қолдануды қажет қылатын ауырғандыққа дейін жетеді. Ауырғандық жауырын арасына, майынға, төменгі жаққа, кеуденің сол жағына тарайды. Ауырғандық жұтқан кезде де сезіледі. Қыжыл ментөс артының ауыруы өңештің кілегей қабығының сезімтал нервтерінің тұз қышқылымен тітіркенуіне немесе қышқыл туғызған өңештің 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).

* Регургитация

Регургитация кезінде жақында қабылдаған тамақ, кілегей, қышқыл немесе ащы дәмді сұйықтық (асқазан сөлі, өт) кері құйылады немесе ауа шығады.

* Лоқсып

- Лоқсып бөлінетін массаның көлемі әр түрлі болады-тамаққа жетіп келетін бос сезім мен ауызды толтырып белетін массаға дейін. Лоқсу түнде болуы мүмкін, ол кезде тағам болшектері тыныс жолдарына енеді. Лоқсып құсу төменгі өңеш сфинктерінің қызметі бұзылуынан болады.

Қосымша тексерулер.

- Эзофагогастродуоденоскопияда
- Эзофагомонометрия
- Стандартты қышқылды рефлекс – тест
- Манометрия
- Рентгенологиялық тексеру
- Метилен көгін қолданып асқазанда зондпен тексеру

Эндоскопиялық тексеру әдістерінің нәтижесі бойынша ГЭРА активлігінің 5 дәрежесін ажыратады.

I дәрежесі онша айқын емес ошақты немесе жайылмалы эритемамен, томенгі өңеш сфинктері деңгейіндегі кілегей қабықтың болбырлығымен және өнештің төменгі бөлігінің кілегей қабығының күңгірттігімен сипатталады.

II дәрежесінде көбіне түзу түріндегі бір немесе бірнеше эрозиялар болады олар өнештің дистальді сегментінің кілегей қабығының 10% аз бетін қамтиды

ГЭРА активлігінің III дәрежесінде үсті экссудатпен немесе некроз массасымен жабылған құйылмалы эрозиялар пайда болады, олар айналмалы тарамайды. Зақымданған кілегей қабық өнештің дистальді бөлігінің 50% аз мөлшерін қамтиды.

IV дәрежелік активтілікті асқазан-өңеш қосылған жерінен жоғарғы бес сантиметрлік зонаның бәрі оралған құйылмалы эрозиялармен немесе экссудатты-некрозды өзгерістермен зақымданады, процес өнештің төменгі бөлігіне тарайды.

V дәрежелі активтілікте өнештің әр жерінде терең жаралар мен эрозиялар, стриктуралар мен фиброздық өзгерістер анықталады, өнештің қысқарғаны көрінеді.

Эзофагомонометрия

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 10-30 мм құрайды. ГЭРА – да өңештің төменгі сфинктері деңгейіндегі қысым с.б. 9 мм –не дейін және оданда төмен болады.

24-сағаттық интраэзофагеалық рН – мониторинг және алынған мәліметтерді компьютерлі өңдеуді кардиялық емес төс артының ауруын 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 оданда төмен азаяды, онымен қатар регургитацияның жиілігі , ұзақтығы және оның динамикасы анықталады.

Метилен көгін қолданып асқазанда зондпен тексеру

- Жіңішке асқазан зонды арқылы асқазанда қайнаған судың 300,0 мл қосылған 2% метилен көгі ерітіндісінің 3 тамшысын жібереді, одан кейін зондты физиологиялық ерітіндімен жуады, одан кейін зондты кардиядан аздап жоғары деңгейге дейін тартып, шприцпен өңеш құрамын сорып алады. Гастроэзофагеалы рефлюкс болса, өңеш құрамы көк түске боялған болады.

Стандартты қышқылды рефлекс тест

- Асқазанда 0,1 М тұз қышылының 300 мл жібереді. Одан кейін науқас адамның басын 20 градус төмен жіберген күйде кардиядан 5см жоғары науқастың төсектегі 4 қалпында өңештің рН – метриясын жасайды. Сынама іш қуысындағы қысымды көтеруге бағытталған амалдардан кейін орындалады. Егер кем дегенде дененің 3 қалпында қысым төмен болса, онда сынама оң мәнді деп есптеледі.

физиологиялық ерітінді жібергеннен кейін тоқтайды. Сенімді болу үшін сынаманы екі рет қайталайды.

Асқынулары

- Өңеш стриктурасы- қабыну және тыртық тінінің қалыптасуына байланысты дамиды.
- Өңеш жарасы.
- Қан кету.
- Баррет өңеші.

мақсаты:

- Ауру симптомдарын жедел жою
- Эзофагитті емдеу
- Аурудың рецидивтерін және асқынуын болдырмау.

ГЭРА емдеудің жалпы шаралаына жататындары:

- Бөліп қоректену (тәулігіне 4-6 рет), тағамды шамадан тыс қабылдамау керек.
- Тағамды ыстық күйінде ішпеу керек және тағамды соңғы қабылдау ұйқыға кетуден кем дегенде 3 сағат бұрын болуы керек.
- Шылым шегуге , ішімдік ішуге, кофе, шоколад қолдануға болмайды .
- Денені алға еңкейтпеуге, қысым тұратын белбеу қолданбауға тырысу керек.
- Науқас адам басын жоғары салып ұйықтауы керек.
- Бұл шаралармен қатар, науқас адам артық дене массасын азайтуы керек.
- Мына препараттарды қабылдауға болмайды; нитраттар, антихолинергиялық дәрілер, кальций антагонистері, антидепрессанттар, калий препараттары.

ГЭРА емдеуде қолданылатын дәрілер:

Асқазан секрециясын төмендететін дәрілер;

- а) гистаминнің H₂ – рецепторларының блокаторлары; ранитидин, фамотидин (квамател, фамосан),
- б) протон сорғысының ингибиторлары; омепразол (омез, омепрол және басқалары), лансопрозол (ланзан, ланзоптол), рабепрозол.
- в) селекциялық М-холиноблокаторлар; гастроцепин.
- г) прокинетикилер - домперидон.
 - 2) Төменгі өңеш сфинктерінің тонусын көтеретін дәрілер; метоклопрамид (реглан, церукал), мотилияум (домперидон), кординакс (цисал, перистил);
 - 3) Антацидтер: алмагель, фосфалюгель, маалокс, гастал.
- 4) Қабынуға қарсы дәрілер; сукральфат, висмут субнитраты, күміс нитраты.

ГЭРА емдеуде дәріні қабыну процессінің активтілік дәрежесіне қарай тағайындайды.

- ГЭРА 1-2 активтілік дәрежесінде H₂- блокаторлар беріледі; зантак 150 мл немесе фамотидин 20 мл күніне 2 рет беріледі, ауырғандық немесе қыжыл болса, бұл емге кез-келген антацидидің (маалокс, фосфалюгель, гастрал, актал т.б) 1-1 дозасын қосады.
- Қабыну процесінің 3-4 активтілік дәрежесінде омепрозолдың 20мл 2 рет
- Прокинетикпен (мотилиум 10 мг күніне 3 рет 3-4 апта бойы) немесе сукральфатпен (вентер) (1 күніне 3-4 рет) қосып береді. Сукральфатты тамақтан 15-20 минут кеңін сусыз шайнап жұту керек.

- Егер 6-8 аптадан кейін қабыну белгілері жойылып кетсе, онда дәріні тұрақты түрде қабылдауды тоқтату керек. Науқас адам жоғарыда көрсетілген
- Жалпы ережелерді сақтауы керек және антацидтер немесе H₂-блокаторларды жартылай доза қабылдауды жалғастыруы керек. Бұл дәрілерді (талапқа) қарай, ауру белгілері пайда болғанда 1-3 күн бойы қабылдауға да болады. ГЭРА 1-2 дәрежесі сақталған жағдайда, H₂-блокаторын тұрақты қабылдау керек; ранитидин 150 мг/тәул. немесе фамотидин 200 мг/тәул. емді кем дегенде 6 ай жалғастыру керек. ГЭРА 3-4 активтілік дәрежесінде емнен оң мәнді нәтижеболмаса омепразолды 80 мг/тәул. дозасында қабылдауға көшеді немесе хирургиялық жолмен емдеу сұрақтарын шешу керек.

ГЭРА 5 дәрежесінде хирургиялық ем қолданылады.

- Сілті әсерінен дамитын ГЭРА-да (он екі елі ішек құрамының асқазан арқылы өңешке қайта құйылуы; тәуліктік мониторлы тексергенде өңеш ішілік рН деңгейі 4-тен төмен түспейді) сукральфат пен прокинетик беріледі. Хирургиялық ем көрсетпелері: параэзофагеалық жарық, консервативтік емнің тиімсіздігі және аурудың үдей түсуі, қан кетумен асқынуы. Ниссен бойынша фундопликация, оның ішінде лапароскопиялық фундопликация операциясы қолданылады.

ГЭРА-ң асқынуын емдеу:

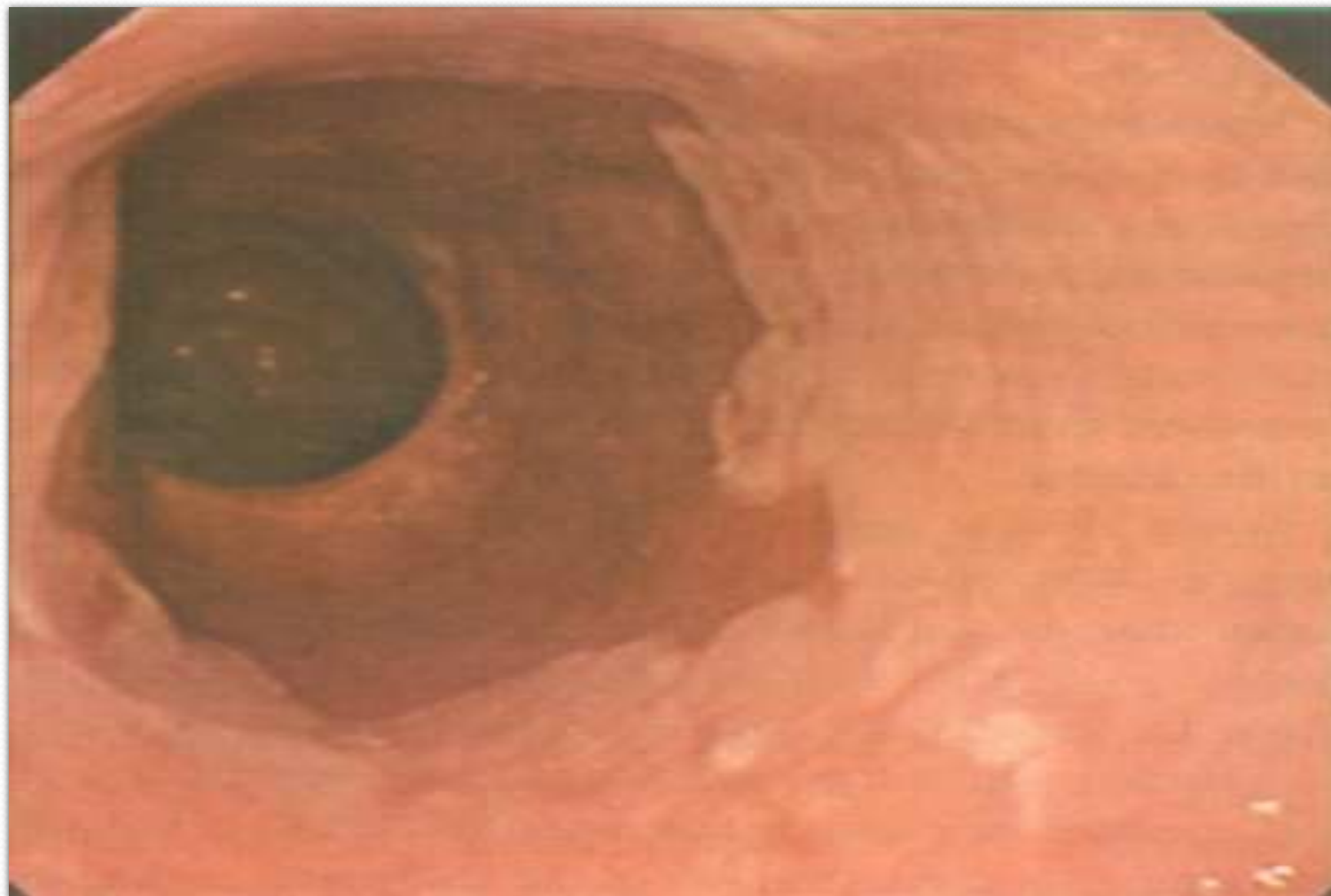
- Өңеш стриктурасы(тарылуы)
- Өңеш стриктурасы кезінде терапиялық ем ретінде эндоскопиялық дилатация қолданылады.
- өңеш жарасы.

Ем ретінде антисекреторлы препараттар қолданылады, рабепразол – 20 мг тәулігіне 2 рет 6 апта бойы қолданылады. Курстық ем кезінде әр 2 аптада биопсиямен бірге эндоскопиялық зерттеулер, цитологиялық және цитологиялық зерттеулер жүргізіледі.

Баррет өңеші

- Баррет өңеші бар науқастарды емдеу үшін антирефлекторлы ем қолданылады, дисплазия кезінде өңештің аденокарциномасын анықтау үшін 3 ай сайын эндоскопиялық зерттеу жүргізіледі. Қарсы көрсетпелері болмаған жағдайда өңештің сол аймағын резекция жасайды және лазердің көмегімен метаплазияға ұшыраған эпителийді алып тастайды.

Баррет өңеші



Өңеш кандидамикозы (кандидоз)

- Ем үшін 500 мың- 1млн ӘБ Нистатин , 250мг/кг амфотерицинді тамыр ішіне аптасына 2 рет енгізеді. Сонымен қатар 50мг/тәу **флуконазол** және 200мг/тәу **кетоконазол** 14 күн қолданылады.

Өңештің қарапайым герпеспен зақымдалуы

- Ем ретінде **ацикловир** қолданылады, бірінші тәулікте 5мг/кг тәулігіне 3 рет қолданылады , кейінірек – 5 күн бойы 200мг тәулігіне 5 рет қолданылады. Сонымен қатар **фамцикловир** 7 күн бойы 250мг тәулігіне 3 рет қолданылады, **валацикловир** 5-7 күн 500мг тәулігіне 2 рет қолданылады

***Назар аударып
тыңдағандарыңызға
рахмет!!!***