

Тақырыбы: Гастроэзофагальды ауру



КАФЕДРА: ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

ОРЫНДАҒАН: ОРАЗ С. С

ТОП: 27-2Қ

ТЕКСЕРГЕН: ЕРМАҒАНБЕТОВА А. Ш

● Жоспары

- 1) ГЭР анықтамасы
- 2) Этиологиясы
- 3) Патогенезі
- 4) Диагностика
- 5) Емдеу



- Гастроэзофагеальды рефлюкстік ауру – асқазан немесе он екі елі ішектің құрамының нәтижесінде пайда болатын өңештің кілегейлі қабағының қайталамалы, созылмалы қабынуы



ГЭРА пайда болуы үшін агрессия факторы мен қорғаныс факторларының теңдігінің бұзылуы, агрессия факторының күшеюі:

● Қорғаныс факторлары:



- төменгі өңеш сфинктерінің антирефлюкс қызметі;
- -өңештегі тазалану (клиренсі);
- -өңеш шырышты қабатының төзімділігі;
- -өңешке түскен асқазан құрылымының тез арылуы

Агрессивті фактор



- Гастроэзофагеаль рефлюкс өңешке қышқыл, пепсин, өт, панкрестік ферменттердің түсуі;
- қарын қуысындағы және асқазан іші қысымының жоғарлауы,
- шылым тарту, шарап
- құрамында кофеин, холинолитик , спазмолитик бар дәрілер;
- көп тамақ жеу;
- асқазан жара ауруы;
- көкет жарығы



- Басты шағымдар: ауырғандық, қыжылдау, жүрек айну, құсу, кекіру, ұлы дәреттің бұзылуы; Ауырғандықтың орны эпигастрий аймағында семсерше өскін мен кіндік аралығында болады. Және ол мойынға, төменгі жаққа, сол жақ кеуде қуысына ауырсыну таралады.

- Өңештің төменгі қыспағында қысым төмендеуі

- Іш қуысындағы қысымның артып кетуі

- Өңешке асқазан қышқылының түсуі

- Өңеш шырышты қабатының қабынуы

- Өңеш эпителиоциттерінің өлуі

- Қабыну медиаторы ↑

- Өңеште дәнекер тінінің өсуі

- Саңылауының тарылуы



- Эзофагогастроуденоскопия –ЭКГ тексеруден кейін өткізіледі.Г астроэзофагеальды рефлюкс ауруында (ГЭРА)- шырышты қабатында эрозия немесе пептик ойықтардың болуы.
- Өңеш асқазанды рентгеноскопиялық тексеру-науқасты тұрған жағдайда барий ішкізіп тексереді.Барий асқазанға толық өткеннен кейін горизонталь жағдайда жатқызылады. ГЭРА –да барий өңешке қайтып өтеді, өңеш өзегі кеңейеді, шырышты қабаты қыртыстары өзгереді, перисталтикасы әлсірейді.



- ГЭРА –да барий өңешке қайтып өтеді, өңеш өзегі кеңейеді, шырышты қабаты қыртыстары өзгереді, перисталтикасы әлсірейді.



- Перфузиялық Бернштейн -Бейкер сынамасы өткізілед. Науқасқа отырған жағдайда зонд арқылы 15 мл 0,1м.тұз қышқылын 1,5 мин-те құйылады. Егерде 15-30мин кейін науқастың төс арқасында ауру пайда болса, күйсе, ал физиологиялық сұйықтық құйғаннан кейін қалса сынақ – оң болғаны

Емі



- тамақтануды қалыптастыру, қауіпті факторлардан алыстату, шылым шекпеу, насыбай атпау, арақ ішпеу
- басын 15 см жоғары көтеріп ұйықтау
- тамақтанғаннан кейін 1,5 сағат жатпау



- Ранитидин 150-300 мг күніне 2 рет, фамотидин (кватемал) 20-40 мг күніне 2 рет таңертең және кешке, маалокс 15 мл тамақтанған соң 1 сағаттан кейін және ұйқы алдында күніне 4 рет



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