

*Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік
медицина университеті*

Студенттің өзіндік жұмысы

Мамандығы: Жалпы медицина

Дисциплина: Визуалді диагностика

Курс: 3

Тақырыбы: Гастро-эзофагеалді рефлюкстік аурулардың визуалді диагностикасы

Орындаған: Баитажик Айша

Тексерген: Мутигулина Г

Группа: 302-Б

Бағасы: _____

Ақтөбе 2015 жыл

Жоспар:

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім:

A) Гастроэзофагеальды рефлюкс аурулары туралы түсінік;

Б) Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруларының негізгі зерттеу әдістері;

В) Негізгі зерттеу әдістеріне сипаттама;

III Қорытынды.

IV. Пайдаланылған әдебиеттер

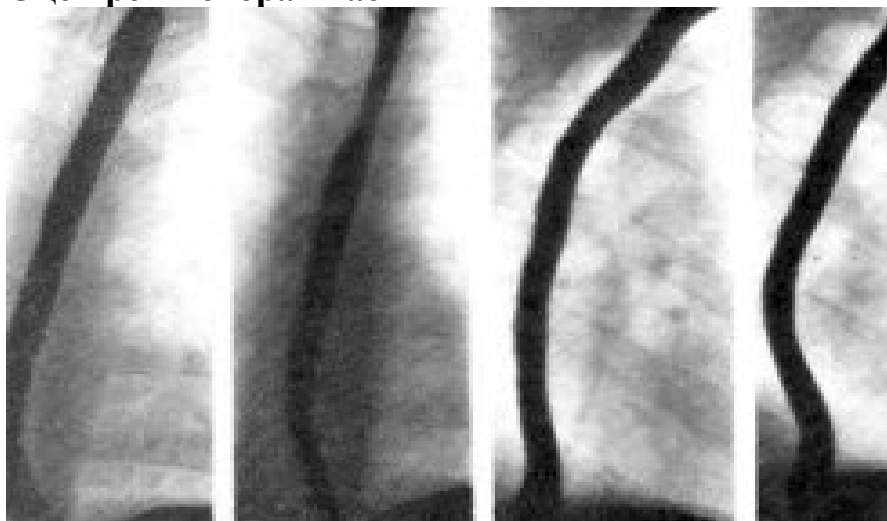
Негізгі бөлім

Асқазан-ішек жолы қызметі мен құрылысына байланысты үздіксіз қуысты түтікті мүше болып табылады.Өңеш,асқазан,ішек рентген сәулесін көрші мүшелермен тең дәрежеде жуытатын болғандықтан,көпшілік жағдайда жасанды контрастылау асқорыту өзегінің қуысына РКЗ немесе газ енгізу қолданылады.Асқазан-ішек жолы мүшелерінің әрбір зерттеуі міндетті түрде кеуде жіне құрсақ мүшелерінің шолу рентгенологиясымен басталады,себебі құрсақ қуысының көптеген аурулары және зақымдалулары өкпе және плевра реакциясын шақыруы мүмкін,ал өңеш аурулары көрші мүшелерді ығыстырып, кеуде аралықты деформациялауы мүмкін.

Асқорыту жүйесін рентгенологиялық зерттеудің құрамына міндетті түрде жарықтандыру мен рентгенография кіреді,себебі асқорыту жүйесінің анатомио-физиологиялық ерекшеліктеріне байланысты,ауруларды стандартты кескіндерінде орындалған суреттер бойынша ғана талдау мүмкін емес.

Құрсақ қуысының шолу рентгенограммаларына жоғарғы жатқан бөлімдерінде бос газ түрінде қуысты мүшенің перфорация белгіерін табуға болады.Сонымен қатар жарықтандыру кезінде немесе шолу рентгенограммаларында рентгенноконтрастты бөгде денелер,сұйықтықтың жиналуы,ішектегі газ және сұйықтың әктенуі аймақтары жақсы көрінеді.Егер,диагноз белгісіз болса,асқазан-ішек жолы мүшелерінің жасанды контрастылауын қолданады.Көбінесе барий сульфаты-жоғарғы контрастты,қауіпсіз зат,сонымен қатар суда еритін контрастыланатын препараттар-верографин,урографин,трозограф кең қолданылады.Контрастты заттарды асқазан-ішек жолдарының жоғарғы бөлімдерін зерттеу кезінде ішке береді.Қансетті жағдайларда контрастты препарат түтік көмегімен енгізіледі.Ток ішек ауруларының диагностикасы үшін контрастты клизма жасайды.

Өңешрентгенограммасы



Гастроэзофагеальды рефлюкс аурулары

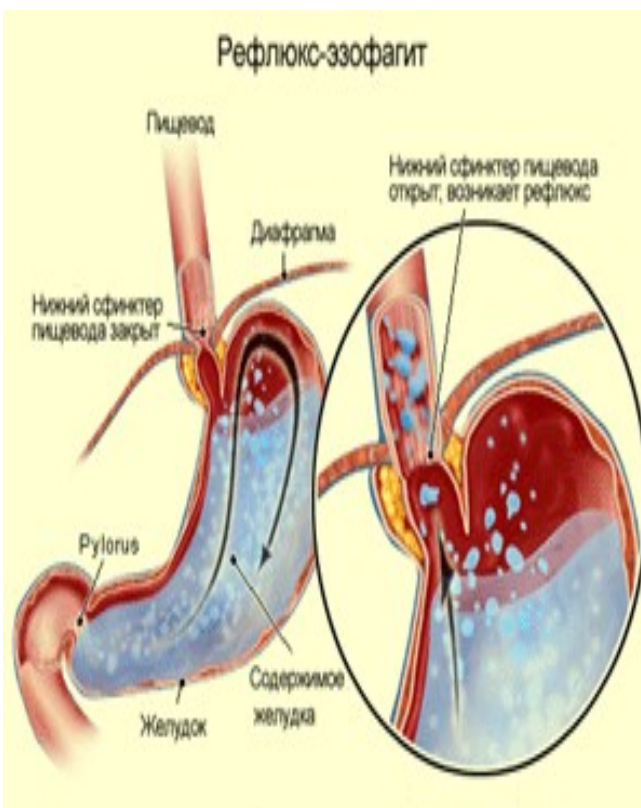
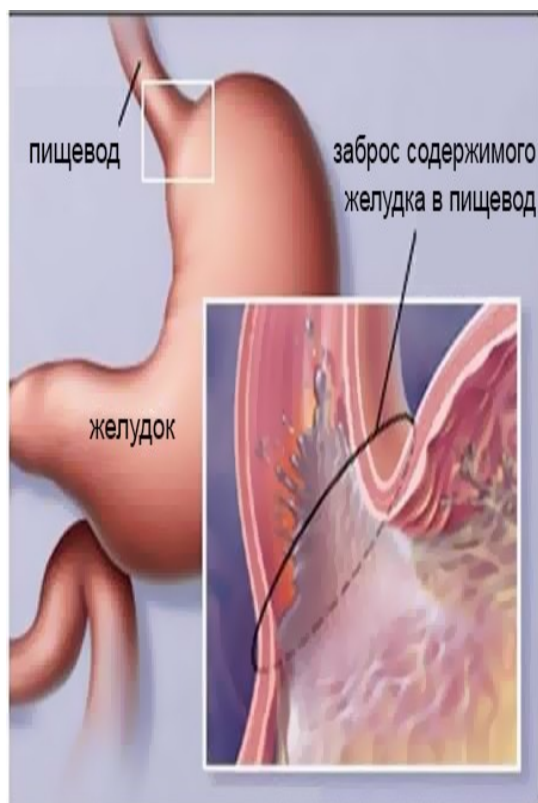
– асқорыту жүйесі ауруларының ішінде ең көп таралған.

ГЭРА жасы үлкен адамдар арасында тарауы 40%. Ерлер және әйелдер арасында бірдей таралған, бірақ эзофагит ерлерде екі есе жиі кездеседі.

Жүкті әйелдерде ГЭРА ауруы дамуы жоғарылайды: жүкті әйелдердің жартысынан көбі қыжылдауға (изжога) шағым айтады.

Гастроэзофагеальды рефлюкс аурулары- – өңешке асқазан және он екі елі ішек сөлдерінің кері лақтырылуынан болатын созылмалы қайталамалы көпсимптомды ауру. Мұндай лақтыруды, яғни асқазан құрамындағы астың өңешке төменгі өңештік сфинктер арқылы өтуін гастроэзофагеальды рефлюкс деп атайды. Егер рефлюкс кейде тағам қабылдағаннан кейін пайда болса және жағымсыз субъективті сезімдермен ұласпаса қалыпты физиологиялық жағдай болып табылады. Бірақ мұндай лақтырулар өте көп болса, қабыну, өңештің кілегейлі қабатын жарақаттаса және өңештік емес симптомдармен көрінсе, ауру болып саналады.

ГЭРА дамуына өмір салтының ерекшеліктері де себеп болады, мысалы, стресс, семіздік, жүктілік, темекі шегу, тамақ қабылдау факторлары (майлы тағам, шоколад, кофе, алкоголь, ащы тағам).



Гастроэзофагеальды рефлюкс ауруларының даму себептері:

- Төменгі өңештік сфинктердің тонусының төмендеуі;
- Өңештің өзін-өзі тазарту қабілетінің төмендеуі;
- Рефлюктаттың бүлдіргіш әсерлері, яғни асқазан және он екі елі ішектен келетін заттар;
- Өңештің кілегей қабатының рефлюктаттың бүлдіргіш әсеріне қарсы тұра алмауы;
- Құрсақішілік қысымның жоғарылауы;

ГЭРА –ның екі формасын ажыратады:

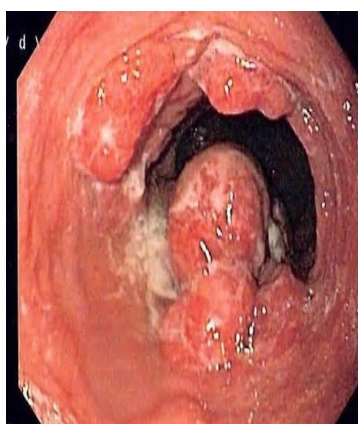
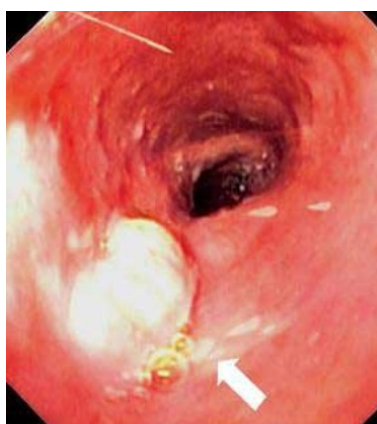
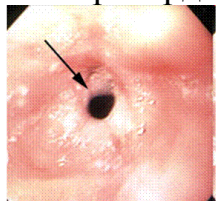
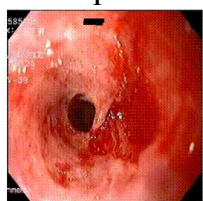
1. Эндоскопиялық – негативті рефлюксті ауру (эрозивті емес рефлюксті ауру, ЭЭРА) – 55-70%
2. Эндоскопиялық – позитивті рефлюксті ауру (рефлюкс-эзофагит) – 30-45%

ГЭРА –ның даму сатылары:

- А сатысы: өңештің кілегей қабағының 5 мм аспайтын және бір ғана қатпарды қамтитын бір немесе бірнеше зақымдануы;
- В сатысы: 5 мм асатын және бір ғана қатпарды қамтитын кілегей қабықтың бір немесе бірнеше зақымданулары;
- С сатысы: бірнеше қатпарды қамтитын, бірақ өңештің 75%- дан аспайтын бір немесе бірнеше зақымданулар;
- Д сатысы: өңеш қабырғасының 75% астам қамтитын зақымдану.

ГЭРА –ның асқынуы:

- Өңештің стриктурасы – ұзақ эрозивты-жаралы зақымданудан кейін (1 сурет);
- Өңеш жарасы - рефлюкс-эзофагит нәтижесінде;
- Баррет өңеші (2-сурет);
- Эрозия және жаралардан қан кету (сирек) (3-сур);



1-сурет

2-сурет

3-сурет

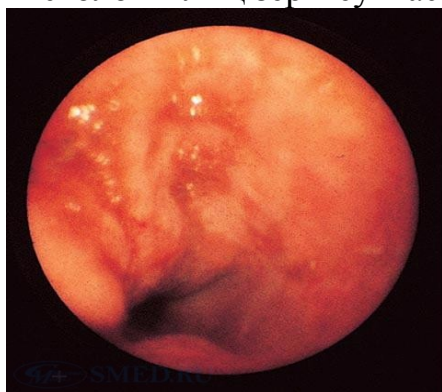
Негізгі зерттеу әдістері

- Эзофагогастродуоденоскопия;
- ФГДС;
- Манометрия;
- Рентгенологиялық зерттеулер;
- АІЖ ағзаларының КТ;
- 24-сағаттық рН-метрия;
- Тест Бернштейна.

● Эзофагогастродуоденоскопия;

Рефлюкс-эзофагитті ГЭРА-ның диагностикасы үшін қажет. ЭГДС арқылы рефлюкс-эзофагиттің ауырлық сатысын анықтауға болады. ЭГДС Баррет өңешін анықтау үшін, биопсия жасау үшін, өңеш стриктурасының ауырлық сатысын анықтауға қолданады. (4-сурет)

4-сурет. ЭГДС жасау кезінде өңештің кілегей қабатының эрозирленгенін, гиперемияланған көруге болады (эзофагит). Диагнозды нақтылау үшін биоптатқа гистологиялық зерттеу жасалады.



- ФГДС – өңештің қабыну өзгерістерін, жараларды, стриктураны, эрозияларды, Баррет өңешін анықтауға болады (5-сурет);

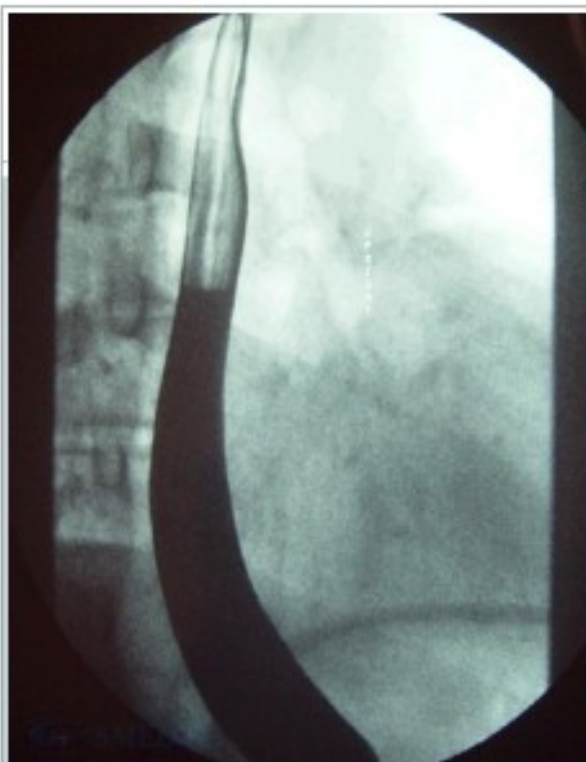


Пищевод Барретта в освещении ксеноном и узкоспектральном режиме

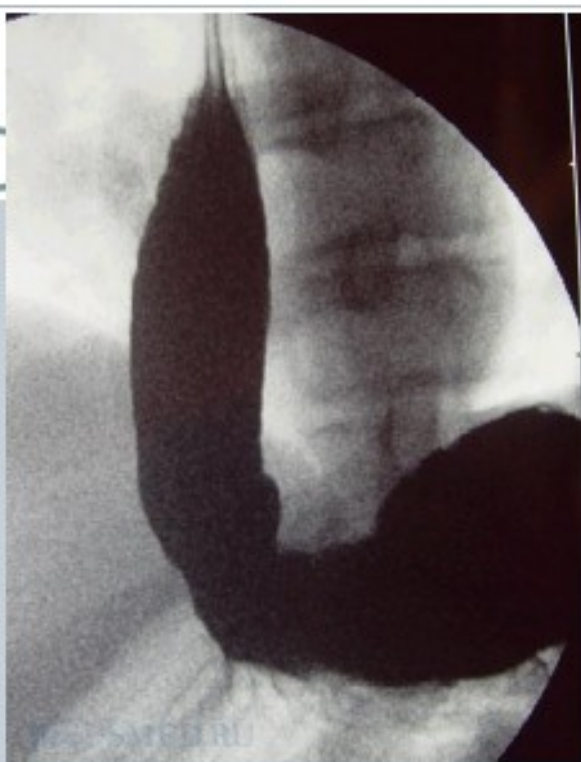
- **Манометрия** – өңештің төменгі сфинктерінің қысымын өлшеу мақсатында жасалады. Қысым 10 мм с.б. болса, бұл өңештің асқазан сөлінің агрессивті компоненттерінің жоғары әсерін көрсетеді. Бұл әдіс ГЭРА оперативті емі үшін маңызы зор. Манометрия арқылы эзофагитсіз ГЭРА анықтауға болады. Әдіс сезімталдығы – 58%, арнамалылығы - 84 %.

Рентгенологиялық зерттеулер

- Дисфагиясы бар пациенттерге міндетті түрде жасалады. Бұл зерттеу арқылы өңеш жарасын, стриктурасын, диафрагманың өңештік тесігінің грыжасын (ДӨТГ) анықтауға болады. ДӨТГ анықтау үшін асқазанның рентгенологиясы Транделенбург қалпында жасалады. Осы методика арқылы эзофагит ағымының ауыр сатыларын анықтауға болады. 50% науқастарда гастроэзофагеальды рефлюксті табуға болады. (6-7 сурет)



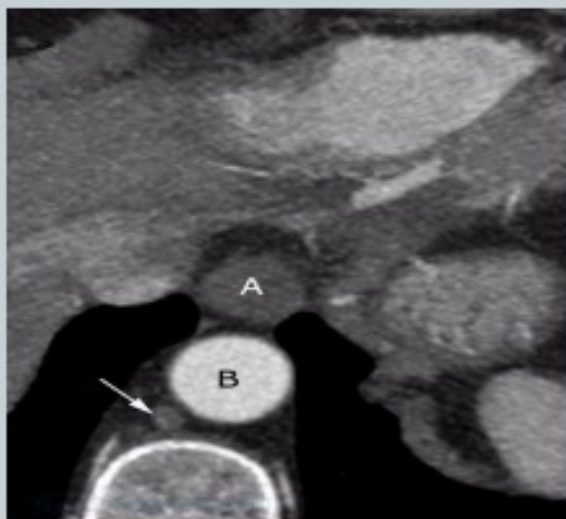
6-сурет. Науқасты вертикальды қалыпта зерттеуде гастроэзофагальды рефлюкс



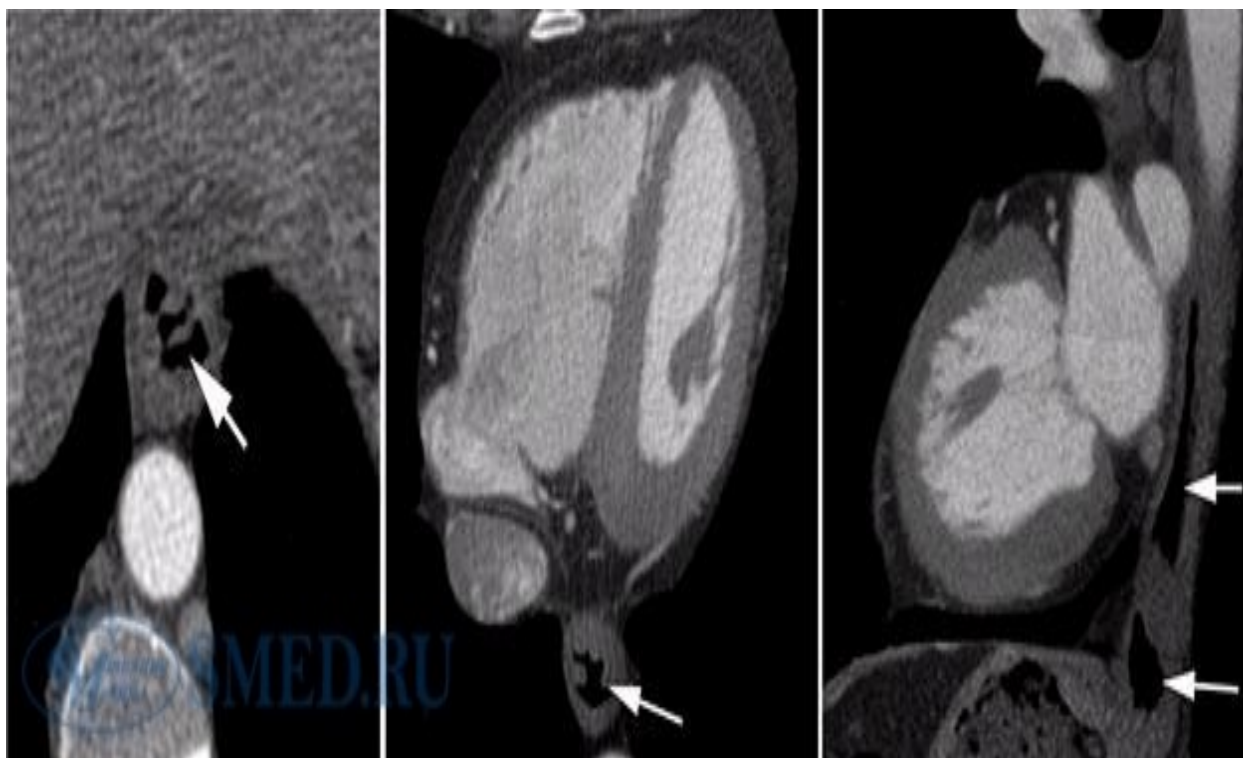
7-сурет. Науқасты горизонтальды қалыпта зерттеуде гастроэзофагальды рефлюкс

АІЖ ағзаларының КТ

ГЭРА анықтаудағы ақпаратталған зеттеу әдісі болып табылады. (8-9сурет)



8-сурет. КТ-сурет науқастың қия жатқанда жасалған. Өңештің төменгі сфинктері (А) жабық (қалыпты). В- аорта. Сртелкамен вена көрсетілген.



9-сурет. Науқастың КТ-суреттерінде өңештің төменгі сфинктері ашық ГЭРА. (стрелкалармен көрсетілген)

Асқазан рентгенанатомиясы.



Асқазан құрсақ бөлімінің жоғары бөлімінде, омыртқаның сол жағында орналасқан. Антральды бөлігімен шыға берісі омыртқа деңгейінде солдан оңға қарай көлденең орналасқан. Асқазанның пішіні мен орналасуы адамның конституциясына байланысты.

Нормостениктерде күрке түрінде, гиперстениктерде мүйіз түрінде. Мұнда: тік қалыпта диафрагманың сол жақ жартысына жанасатын және құрамында газы бар күмбезді тік орналасқан және шартты түрде үштен бір бөлігіне бөлінген. Асқазанның кіші иірімі медиальды орналасқан және жиегі жазық, түзу. Үлкен иірімі тісшеленген. Асқазанның артқы қабырғасынан алдыға қарай қиғаш өтеді. РКЗ біраз мөлшерін қабылдау барысында асқазанның шырышты қабығының рельефі бейнеленген. Толық толтыруда асқазанның жиегін, қабырғасының созылғыштығын, перистальтикасын, эвакуаторлық қызметін бейнелейді.

Тоқ ішекті рентгенологиялық зерттеу.



Тоқ ішек барий массасымен ішке берілгеннен кейін 3-4 сағаттан соң тола бастайды және 24 сағат ішінде толығымен толады. Тоқ ішекті мұндай зерттеуін оның орналасуын, өлшемін, ығысуын және функциональды жағдайын бағалауға мүмкіндік береді. Тоқ ішекте мынандай бөлімді ажыратады: соқыр ішек, жоғарлаған тоқ ішек, көлденең тоқ ішек, төмендеген тоқ ішек, сигма тәрізді тоқ ішек және тік ішек.

Тоқ ішекті кең түрде зерттеу үшін оны клизма арқылы контрастты массамен ретроградты толтыру қажет. Тоқ ішек алдын-ала нәжісті массалардан толық тазартылу қажет. Бұл жаңа заманғы іш жүргізетін заттарды қолданумен немесе тазарту клизмасын жүргізу арқылы, 2 күнде ашығу арқылы орындалады.

Он екі елі ішекті рентгенологиялық зерттеу



Он екі елі ішекте буылтықты және құрсақ қуысында орналасқан жоғарғы көлденең бөлікті және бел аймағында орналасқан төменгі көлденең бөлікті ажыратады.

12 елі ішекті рентгенологиялық зерттеу –контрасты массаның асқазаннан буылтыққа түскен кезінде болады. Кейде нақтылап зерттеу үшін тонусын төмендететін фармакологиялық препараттар қолданылады. Бұл кезде жақсы толу болады. Бұл мақсатпен контрастты заттарды 12 елі ішекке зонд арқылы енгізіп, жасанды гипотониямен қатар жүргізуге болады.

Өңеш, асқазан, ішек рентгенологиялық синдромы.

Асқазан ішек жолының патологиялық үдерістері рентгенологиялық түрде көрінеді.

- мүшенің дислокациясымен
- мүшенің кеңеюімен
- мүшенің тарылуымен
- мүшенің дисфункциясымен.

Асқазан ішек жолдарын эндоскопиялық зерттеу әдістері.

Эндоскопиялық зерттеу әдістері ішінен эзофагогастродуоденоскопия қолданылады, оның көмегімен өңеш веналарының кеңеюін, асқазанның кілегей қабатының веналарын, эрозивті эзофагитті анықтаймыз.

Эндоскопиялық зерттеу –арнайы аспаптар эндоскоптың көмегімен ішкі ағзаларды зертеу әдісі. Осы әдіс диагностиканың және емнің мақсаттарында хирургияда, гастроэнтерологияда, пульманология, уралогиия, гинекология және басқада медицина салаларында кеңінен қолданылады.



Фиброэзофагогастродуоденоскопия эндоскопияның бір түрі болып табылады, жиі сырқат немесе жүйелі қайталанатын себептерін табуға мүмкіндік береді. Мәселен ішінің ауыруы, іштің өтуі, қан кету, анемия сияқты әсіресе диагностикалық зерттеулер дәрменсіз болған жағдайда қолданады. Бұл әдісті өткізу өңештің, асқазанның, ұлтабардың қандай жағдайда екенін және өткізілген емнің тиімділігін анықтауға мүмкіндік береді. ФЭГДС-бул визуальды зерттеу, онда дәрігер асқазан ішек жолдарының жоғарғы бөлігін тексереді.

ФЭГДС-ке зерттелуші аш қарында келу керек, тамақ және сұйықтық ішпеу керек. Зерттеуге емделуші шағын сүлгімен келу керек. Зерттелуден кейін 30 мин бойы тамақ және сұйықтық ішпеу керек. Жағымсыз сезімдерді жою үшін спрей қолданылады. 10% лидокаин аэрозоль түрінде.

Ректоромоноскопия-тік ішек пен сигма ішектің кілегей қабығын зерттеу әдісі. Ректоромоноскоп диаметрі 2 см ұзындығы 35 см болатын ішінде металлды манурені бар металл түтікпен жауып тұрады да, нәжістің жүруіне мүмкіндік бермейді. Сыртқы жағы см бөліктерге бөлінген, ұшында электр шамы бар өзегі орналасқан. Зерттеу алдында тік ішекке клизма жасайды.

Қорытынды

Қорытындылай келе, Гастроэзофагеальды рефлюкс аурулары – өңешке асқазан және он екі елі ішек сөлдерінің кері лақтырылуынан болатын созылмалы қайталамалы көпсимптомды ауру. Мұндай лақтыруды, яғни асқазан құрамындағы астың өңешке төменгі өңештік сфинктер арқылы өтуін гастроэзофагеальды рефлюкс деп атайды. Егер рефлюкс кейде тағам қабылдағаннан кейін пайда болса және жағымсыз субъективті сезімдермен ұласпаса қалыпты физиологиялық жағдай болып табылады. Бірақ мұндай лақтырулар өте көп болса, қабыну, өңештің кілегейлі қабатын жарақаттаса және өңештік емес симптомдармен көрінсе, ауру болып саналады.

ГЭРА дамуына өмір салтының ерекшеліктері де себеп болады, мысалы, стресс, семіздік, жүктілік, темекі шегу, тамақ қабылдау факторлары (майлы тағам, шоколад, кофе, алкоголь, ащы тағам).

Қазіргі уақытта ғылыми технологияның қарқынды дамуына сәйкес ауру этиологиясын және диагностикасын анықтауда бірқатар әдістер қолға алынуда. Соңғы жылдары асқорыту жүйесі ауруларымен аурушандық деңгейі алғашқы орындарда, сонымен қатар қазіргі күндері жиі өлім себебі де осы жүйе аурулары болып отыр. Сондықтан да ауруды жылдам әрі нақты анықтау үшін және нәтижелі ем-шараларын жүргізу үшін дәрігер үшін мұндай әдістердің пайдасы зор болары анық.

Пайдаланылган әдебиеттер:

- 1. Т.Н.Ильясов “Лучевая диагностика”, Ташкент Издательство медицинской литературы имени Абу Али ибн Сино, 1995г.**
- 2. А.Б.Ахметбаева “Сәулелі диагностика”, Мәскеу издательская группа “ГЭОТАР-Медиа” 2014ж.**
- 3. Хамзин Әбілкәрім “Сәулелік диагностика” Алматы 2010**
- 4. Интернет желісі**