



колданды. Зерттеу нәтижесінде, БҚҚП қабылдаған наукастарда, беткейлі гастродуоденит 6% наукаста тіркелді, 53% беткейлі гастрит, асқазан мен он екі елі ішектің эрозиясы-9%, оң екі елі ішектің ойық-жарасы-2, он екі елі ішектің тыртық өзгерістері-2%, антрум эрозиясы-15%, кардий мен үлкен иеннің эрозиясы-7%, оң екі елі ішектің эрозиясы-6% тіркеліп отыр. Анықталған өзгерістеріне қарай келесі схема бойынша адекватты ем тағайындалған жөн. Барлық наукастарға эрозиялы-ойық-жаралы және беткейлі өзгерістер Нр ассоциацияланған жағдайында протон помпаның тежегіштерімен қатар (рабепразол) антибактериалды терапия өткізілді. Наукастарда ауырсыну сезімі 4-5 тәулігінде бәсеңдеді, ал диспептикалық симптомдар 6-7 тәулігінде басылды. Бақылаулық

ЭГДС тексеруің өткізген сәтінде эпителизация мен ойық-жараның репарациясы барлық наукастарда байқалды. Жоғарыдағыны қорытындылай отырып келесі шешімдерге келуге болады.

БҚҚП-индуцияланған гастропатиялар ревматикалық кеселдерден өте қауіпті асқынулардың бірі болып табылады. Сонымен қатар «себепті» және «кінәлі» болған препараттарды тоқтатуға мүлдем болмайды. Едәуір нәтижелі асқазан мен оң екі елі ішекте орналасқан эрозиялы-ойық-жаралы өзгерістері үшін протон помпаның тежегіштері (ППТ) болып табылады. ППТ тобына жататын препараттары біреу біреуінен басымдырақ деп айтуға дәлелдер жоқ. ППТ-лары – БҚҚП индуцияланған гастропатиялардың негізгі емі болып табылады.

Әдебиеттер:

1. Насонов Е.Л., Каратеев А.Е. – Бейстероидты препараттар және асқорыту жүйесі, Мәскеу, 2000ж. 78-111 бет.
2. Насонов Е.Л., Каратеев А.Е.- БҚҚП-ассоциацияланған гастропатия- болашағы мен өткені, Мәскеу, 2004 жыл.
3. Никитина И.П., Комелягина Е.Г., Каратеев А.Е. - БҚҚП-индуцияланған гастропатиялар балалардағы ревматикалық кеселдермен: диагностикасы, емі «Ревматология» ғылыми-тәжірибелік конференция, 2000 жыл, №1.

РЕВМАТИКАЛЫҚ КЕСЕЛДЕРГЕ ШАЛДЫҚҚАН БАЛАЛАРДАҒЫ АСҚОРЫТУ ЖҮЙЕСІНІҢ ЖОҒАРҒЫ БӨЛІГІНІҢ ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ ЕМІ

Мырзахметова З.К., Куанышбекова Р.Т., Мырзабекова Г.Т

Алматы мемлекеттік дәрігерлердің білімін жетілдіру институты, Алматы қ.

Ревматикалық кеселіне шалдыққан балаларда, гастропатияның дамуындағы ең басты патогенетикалық факторлардың бірі – аурудың жүйелілігі, процесстің жоғарғы белсенділігі, жайылған васкулит және бейстероидты қабынуға қарсы препараттар (БҚҚП) мен глюкокортикоидтарды қабылдауымен байланысты асқорыту жүйесінің шырышты қабатына тікелей зақымдануы болып табылады. (1)

Аурған балаларда БҚҚП салдарынан асқорыту жүйесінің жоғарғы бөлігінің қабыну өзгерістері 80 пайызында анықталғаны көп санды зерттеулердің нәтижесінде көрсетілген (2).

Ревматикалық кеселіне шалдыққан балалардағы асқорыту жүйесінің шырышты қабатының қабыну өзгерістеріне қарсы адекватты емнің сұрақтары – клиникалық медицинаның маңызды мәселесі болып табылады.

Сонымен қатар қазіргі таңда, асқорыту жүйесінің қабыну процесінің дамуында этиологиялық агенті ретінде *Helicobacter pylori* рөлі дәлелденген (3).

Ревматикалық кеселіне шалдыққан балалардағы созылмалы гастриттің қалыптасуында микроциркуляторлы бұзылыстар, гиперемиялық ошақтар, тамыр айналымының бұзылуы, микротромбоздар, периваскулярлы ісінуі мен геморрагиялар орын алады.

Дәнекер тіннің жүйелі ауруларында және жүйелі ревматоидті артритінде қантамырлы өткізгіштігінің

және тіннің гидрофильды қасиетінің жоғарлауы, қанның реологиялық қасиетінің өзгеруі, қанның антикоагулянтты және фибринолитикалық белсенділігінің төмендеуімен гиперкоагуляция сатысының дамуы сияқты процесстер арта түседі (3). Микроциркуляторлы бұзылыстар туындауында, қабыну процесінің және асқазанның секреторлы жетіспеушілігінің қалыптасуында қанның каликреинкенин жүйесінің белсенділігінің жоғарлауы анықталған (4).

Соңғы жылдары, БҚҚП қабылдау салдарынан туындаған гастропатияларға аса назар аударылады. Қазіргі таңда «БҚҚП –гастропатия» синдромы деген термин енгізілген, бұл түсініктеме асқорыту жүйесінің бұзылыстары, гастрозоофагалды рефлюкс, асқорыту жүйесінің жоғарғы бөлігінің эрозиясы, гастрит, асқазан мен 12 елі ішектің ойық жаралы зақымдануы, перфорация мен қансырау қауіпі, сонымен қатар тоқ және аш ішектің геморрагиялық және ойық жаралы зақымданулар кіреді (4,5,6,7).

Шырышты қабатты зақымдайтын маңызды фактордың бірі БҚҚП болып табылады, ол простогландиннің түзілуін тежейді, ал простогландиндер шырышты қабаттың қажетті қорғаныш факторы сонымен қатар БҚҚП сөл қышқылының бөлінуіне ықпалын тигізеді.

Препараттың емдік мөлшері, эпителийдің өсуі мен жанаруына ықпалын тигізуі мүмкін, шырышты қабатының беткейлі бөлігінің микроциркуляциясын на-



шарлатады, нәтижесінде дистрофиялық өзгерістердің дамуына алып келеді. Едәуір ауыр жағдайларда асқорыту жүйесінің шырышты қабатында ойық жараның дамуы мүмкін. Көбінесе дәрі-дәрмектер салдарынан туындалған ойық жаралар симптомсыз өтеді, аяқ астынан болған асқынулар ретінде бейнеленеді.

Мүмкін бұл препараттың анальгезияланған әсерімен байланысты(8). Бір қатар авторлардың мәліметтері бойынша, БККП қабылдауымен байланысты диспепсикалық бұзылыстар науқастардың 30-40 пайызында байқалады, ал асқазан мен 12 елі ішектің эрозиясы мен ойық жаралары 10-20 пайызын анықталған. Эпигастральды аймағындағы ауырсынуымен өтетін эрозиялы гастрит шамамен 10% науқас балаларда байқалған.(1,2,3,4)

«Стероидты» ойық жараның клиникалық көрінісінде айқындылық байқалмайды және қатерлі асқынулар өте қауіпті болып табылады(9,10,11,12) Көзіргі таңда қабынған асқорыту жүйесіндегі кеселдердің дамуында этиопатогенетикалық себептердің бірі хеликобактериоздың маңыздылығына аса назар аударылады, ал Нр ассоциацияланған гастрит гастриттердің халықаралық жіктемесіне официалды енгізілген.

Осы микроорганизмнің қасиеттерінің зерттеуі, ересек пен балалар арасындағы асқазан мен 12 елі ішектің кеселінің этиологиясы мен патогенезі туралы бұрынғы түсініктерді қайта қарастыруына негіз болып табылды.(13)

Бұл инфекция бүкіл дүниежүзінде кең таралған. Ресейде өткізілген эпидемиологиялық зерттеудің нәтижесінең алынған мәліметтер бойынша, халық арасында Нр жүгуы 50%-дан 80%-ға дейін анықталып отыр.

5-6 жастағы балалар арасында Нр жүгуы 40-45% құрайды, ал 14-15 жастағы балалар арасында осы көрсеткіштің деңгейі ересек адамдар арасындағы кездесетін деңгейіне жетеді, 60-70% құрайды.

Балалар арасында асқорыту жүйесінің шырышты қабатының беткейлі зақымдануында Н. Pylori жүгуы 36-81 пайыз жағдайында кездеседі, ал деструктивті ойық жаралы өзгерістерінде 90-100%-да анықталады.

Н. Pylori уреазы, липополисахаридті және цитотоксинді өндіреді, ол өз кезегінде қабыну жасушаларын белсендетуі мүмкін. Эрадикациялық терапияны өткізбегенше, сол уақытқа дейін адам ағзасында Нр бактериясы болуы мүмкін. Көпсанды зерттеулер көрсеткендей, осы қоздырғыштың жойылуы аурудың клиникалық симптомдарының, шырышты қабатындағы спецификалық қабыну белгілерінің басылуына алып келеді.(14,15,16)

Жоғарыда бейнеленген мәліметтермен қоса зерттеудің мақсаты ревматикалық кеселіне шалдыққан балалар арасындағы асқорыту жүйесінің шырышты қабатының қабыну емінің нәтижелігін бақылау болып табылады.

Науқастар мен тәсілдер. Біз өткізген зерттеулер келесі критерияларға сүйенді: ревматикалық кеселдің болуы, пациенттердің жасы 3 төн-15 жасқа дейін, эндоскопиялық мәліметтері бойынша асқорыту жүйесінің жоғарғы бөлігінің патологиясының болуы.

Зерттеуге ревматикалық кеселіне шалдыққан орта жасы 11 шамасында 100 науқас бала енгізілген,

олардың ішінде 32-сі ювенильды ревматоид артриті диагностикаланған, 35-і реактивті артритімен, 9-ы коллагеноз, 9-склеродермия, 1-і спондилоартрит, 2-і ревматизм, 12-і дерматомиозит диагноздарымен тіркелді.

Гастропатияның дамуындағы қауіпті факторларды есепке ала отырып (аурудың өзін, бейстероидті қабынуға қарсы және глюкокортикоид препараттарымен өткізілген терапиясы) гастроэнтерологиялық шағымдарының болуына немесе жоқтығына қарамастан барлық науқастарға ФГДС тексері өткізілді.

Н. Pylori жүгуы ФГДС арқылы алынған биоптатты тексеру және демалу тест арқылы анықталды. Барлық науқастарда терапияны өткізгеннен кейін бақылаулық ФГДС жасалды, эрадикациялық емнен кейін Нр инфекцияның жойылғаны жөнінде демалу тест қайта жасалды.

Эндоскопиялық зерттеулердің нәтижесін есепке ала отырып, науқастарға келесі терапия өткізіледі. Асқазанның антральды бөлігінде және он екі елі ішектегі эрозиялы және ойық жаралы процессінде, сонымен қатар шырышты қабатының беткейлі өзгерістерінде хеликобактериялық инфекция анықталған жағдайда протон помпаның тежегіштерімен қатар амоксицилин, кларитромицин препараты колданылады.

Асқорыту жүйесінің жоғарғы бөлігінің беткейлі өзгерістерінде, Н. Pylori-мен ассоциацияланбаған жағдайында, протон помпаның тежегіштерімен емдеу курсы өткізілді.

Терапияның нәтижелігі келесі критериялар бойынша бағаланады: клиникалық көріністердің (ауырсыну, қыжылдау, кекіру) даму жиілігі мен қарқындылығының азайған жағдайында, нәтиже жақсарған немесе жақсы деп бағаланады, рефлюкстің жойылуы, зақымданудың көлемі мен тереңдігінің ықшамдануы (қабынған өзгерістердің дәрежесінің азаюы, тыртықтанудың басталуы) ФГДС тексеру мәліметі бойынша

ФГДС тексеру мәліметі бойынша эрозиялы және ойық-жаралы мүкісінің эпителизациясы клиникалық көріністердің, рефлюкстердің, қабынған өзгерістердің бәсеңдеуі өте жақсы немесе жазылуы деп жобалауға болады.

Қыз балалар арасында эрозиялы өзгерістермен 25 пайыз жағдай тіркелді, ал ер балалар арасында шырышты қабатының беткейлі өзгерістері басымдырақ болды. Өткізілген зерттеу көрсеткендей, ас қорыту жүйесінің жоғарғы бөлігінің шырышты қабатының екіншілік зақымдануы келесі ретпен байқалды: беткейлі гастрит 53 пайыз жағдайында, беткейлі гастродуоденит 6 пайызында, антралда орналасқан эрозия 15 пайыз, асқазан мен он екі елі ішекте эрозия-9 пайыз науқаста, он екі елі ішектегі эрозия 6 пайыз науқастар кардия мен үлкен иенінде -7 пайызында, он екі елі ішекте орналасқан ойық жара-2 пайызында, екі науқаста ойық жара тыртық сатысында анықталды.

Науқастардың басым көпшілік бөлігі БҚҚП қабылдаған (диклофенак препаратын). Бақылауда болған балалардың 25 пайызы глюкокортикоид препаратын пероралды алды.

Зерттеу барысында анықталғаны БҚҚП жеке колданғанда едәуір жиірек эрозиялы-ойық жаралы өзгерістер емделген.



Клиникалық көрінісінде бірқатар ерекшеліктер анықталды. Іш аймағындағы ауырсынуға 57 науқас шағымданды. Ауырсыну сезімінің пайда болуы тамақ қабылдауымен және тәулік уақытымен тәуелсіз, тек белгілі бір тамақтың қабылдауында немесе ашқарында туындайтын болған. Екінші кезекте жүрегінің айналуы, ол 33 пайызды күрді.

Эндоскопиялық зерттеулерден алынған мәліметтер бойынша, науқастардың жартысында асқорыту жүйесінің жоғарғы бөлігінің шырышты қабатының беткейлі өзгерістері байқалды. Антральды бөлігінде және он екі ішектің буылтығында эрозиялы және ойық жаралы өзгерістері 41 науқас балаларда анықталды. Ауырсыну сезімі басымдырақ ЮРА мен реактивті артритіне шалдыққан науқастар құрайды.

Аландатыратын жайт байқалады - зерттеу барысында асқорыту жүйесінің шырышты қабатының эрозиялы – ойық жаралы өзгерістері басым көпшілігі клиникалық көрінісі ауырсынусыз өтеді. *H. Pylori* инфекциясының сақталуы 43% науқас балаларда тіркелген. Нр позитивті нәтиже басымдырақ ЮРА науқастар арасында байқалды. Өткізілген терапия фонында клиникалық көріністің жақсаруы және субъективті шағымдардың жойылуы 90% астам науқастарда байқалды.

Барлық пациенттерде эрозиялы-ойық жаралы процесс толық жойылды.

Зерттеу барысындағы алынған нәтиженің талдауы келесі қорытындыларға келуі мүмкіндік береді:

- Зерттеуге енгізілген ревматикалық кеселіне шалдыққан науқастарда асқорыту жүйесінің

жоғарғы бөлігінің шырышты қабатының қабынған 100%-да байқалады;

- Протон помпаның тежегіштері (рабепразол) қосалқы антибиотиктермен бірігіп қолдануы, асқорыту жүйесінің жоғарғы бөлігінің қабынған өзгерістерін жояды және *H. Pylori*-дің элиминациясына қол жеткізеді.

- БҚҚП мен глюкокортикоидті препараттарын қолданатын ревматикалық кеселіне шалдыққан науқасбаршабалаларға ФГДС тексеруің асқорыту жүйесінің жоғарғы бөлігінің зақымдануының клиникалық көрінісі байқалмаған жағдайында, жарты жылда 1 рет, міндетті түрде өткізу қажет.

- Эндоскопиялық зерттеулер өткізілгеннен кейін дер кезінде адекватты емді тағайындау қажет, анықталған өзгерістеріне қарай, келесі схема бойынша:

1) Асқазанның антральды бөлігіндегі он екі елі ішектің эрозиялы және ойық жаралы процесінде, асқорыту жүйесіндегі жоғарғы бөлігінің беткейлі өзгерістерінде *H. Pylori*-мен ассоцияланғанда келесі ем өткізіледі:

• Протон помпаның тежегіштері (рабепразол) – 7 күн;

• Антибактериальды терапия (кларитромицин, амоксициллин);

• Висмут трикалий дицитрат;

2) Асқорыту жүйесінің жоғарғы бөлігінің шырышты қабатының беткейлі өзгерістерінде *H. Pylori*-мен ассоцияланбаған жағдайында:

Әдебиеттер:

1. Шазхбазян И.Е., Климанская Е.В., Жолобова Е.С., Милешкина А.В., Таберовская Е.М., Новикова А.В. –Роль различных факторов в развитии патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта при хронических артритах у детей// Ресейлік педиатриялық журнал М., 2003. №3 С.37-40.
2. Милешкина А.В. – Особенности поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных ювенильными артритами М., 2004ж.
3. Cassidy James., Petty Ross E. Textbook of Pediatric Rheumatology. 4th ed. – 2001. – P.218 – 321.
4. Lanas A., Arroyo M. Antisecretory drugs and prophylaxis of secondary gastrointestinal effects associated with the consumption of non steroid anti-inflammatory drugs // Med. Clin. – 2000 – V. 114 - № 2. – P.57 – 62.
5. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исакова В.А. –Хронический гастрит/Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника.-М.: Медицина, 1998. С.105-113.
6. Yeomas N., Scheiman J., Hawkey C. et. al. An evidence-based analysis of esomeprosole therapy versus placebo for the prevention of gastric or duodenal ulcers in at- risk continuous NSAID users // Gastroenterology. – 2004. - #126 (4 Suppl. - 2) S. 338.
7. Ruperto N., Nikishina I., Pachanov E., Shachbazyan Y. et al. A Randomized Double-blind clinical trial of two doses of Meloxicam compared with naproxen in children with JRA. – Arthr. Rheum. – 2005. – V.52. – S. 563 – 572.
8. Алексеева Е.И., Шахбазян И.В. – Ювенильный ревматоидный артрит // Кардиология и ревматология детского возраста. –М., 2004. –С.47-54.
9. Oshima H. Mechanisms of the molecular action of glucocorticoids // Jap. J. Rheumat. – 1997. – V.7. – P.1 – 12.
10. Morand E. Corticosteroids in the treatment of rheumatologic diseases // Curr.Opin.Rheum. – 1997. – V.9. – P.200 – 205.
11. Коровина И.А., Гаврюшова Л.П., Творогова Т.М., Захарова И.Н. – Глюкокортикостероидные препараты при внутренних болезнях детского возраста – М., 2002. С.8-13.
12. Самсыгина Г.А., Щербакова М.Ю. / Кардиология и ревматология детского возраста– М., 2004ж. – 538-544 бет.
13. Насонова В.А., Бунчук Н.В.- Ревматические болезни.Руководство по внутренним болезням –М:Медицина, 1997 –С.298-299.
14. Жолобова Е.С., Шахбазян И.Е., Климанская Е.В., Чистякова Е.Г.и др.–Роль различных факторов в развитии патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта при хронических артритах у детей// Российский педиатрический журнал –М: 2003. №3 – С.37-40.
15. Шахбазян И.Е., Гаркуша М.Б., Али Н.Ю. и др.Гастродуоденит и *Helicobacter pylori* у детей,больных ювенильным ревматоидным артритом// Ревматология -1991. №3 –С.23-28.