

*УКЛЕБА К. ГВЕТАДЗЕ Л.*

УПРАВЛЕНИЕ НЕЯЗВЕННОЙ ДИСПЕПСИИ В ПЕРВИЧНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ  
Кутаисский университет – UNIK, Медицинский факультет, Кутаиси, Грузия

*K. UKLEBA, L. GVETADZE*

TREATMENT OF NON-ULCER DYSPEPSIA IN PRIMARY HEALTH CARE

Kutaisi University – UNIK, Faculty of Medicine, Kutaisi, Georgia

#### SUMMARY

The objective of the paper is to provide quality improvement in primary care for the patients suffering from non-ulcer dyspepsia.

The research was based on the healthcare audit which has been carried out in Kutaisi's family medicine Centre. According to the medical auditing, it can be concluded, that the treatment process for the patients with non-ulcer dyspepsia needs to be improved.

The study showed that the criterion for cutting down on fatty and spicy food consumption totaled to 50 % ( $P < 0,05$ ) which means that the standard deviation is high. In this respect, it's expedient to strengthen teamwork in health care, raise awareness and educate patients about the problems.

The research also revealed that the consumption of alcohol, tea, coffee, chocolate didn't satisfy the requirement of the standard and mounted up to 48 % ( $P < 0,05$ ); this can only be explained by the perfunctory attitude the patients showed towards these issues. However, family physicians had always provided professional medical advice in the medical maps regarding these factors.

In addition, it's imperative to modify the risk factors for the patients with non-ulcerative dyspepsia (nicotine, body mass index, etc.) It's necessary to inform the medical staff about the results of the medical auditing and then conduct a re-audit to assess the effectiveness of the measures taken.

Как известно, во многих странах по расходам на лечение, диспепсия среди других симптомов занимает первое место.

Консультации семейных врачей от 2-5% как раз проводятся из-за диспепсии [1,2].

Часть пациентов с неязвенной диспепсией имеют анамнез гастро-эзофагической рефлюксии. Более 25% отмечают изжогу [3,4].

Как известно, если симптомы, характеризующие диспепсию, такие как боль или дискомфорт в верхней части живота или в ретростеральной области, которые длятся более четырёх недель и не сопровождаются локальным повреждением (устанавливается эндоскопический) и признаками системного заболевания – положение оценивается, как неязвенная (функциональная) диспепсия, в отличии от органической диспепсии, которая вызвана специфическим заболеванием, например: пептическая язва, рак и т. д [5,6].

Тема труда была выбрана нами из-за следующих причин:

1. диспепсия распространенная во всём мире патология и представляет значительную проблему и в нашей стране;
2. вопросу надо уделить внимание настолько, насколько оставление диспепсии без контроля и в случаях осложнения может иметь место малигнизация, что связано с материальными, психологическими и социальными потерями.

Группа первичного здравоохранения может просвещать пациентов, сделать мониторинг неязвенной диспепсии, эффективно лечить, чтобы избежать осложнений диспепсии, сохранить качественные годы жизни.

**Целью работы** был мониторинг пациентов, имеющих неязвенную диспепсию.

1. Осуществление нужного контроля на ихних симптомах.
2. Выявление риск-факторов пациентов, имеющих неязвенную диспепсию и их модифицирование.

**В основу труда** лёг аудит медицинского обслуживания пациентов, который был проведён в Кутаисском центре семейной медицины.

#### **Материал и методы исследования.**

Для работы были найдены медицинские карты больных, имеющих неязвенную диспепсию, был использован журнал регистрации визитов пациентов, консультационная карточка.

Собирание информации происходило интервьюированием семейных врачей, а также – существующими в медицинских картах - записями. Во время работы был установлен стандарт аудита. Были приняты критерии.

Нами были выбраны медицинские карты пациентов, имеющих неязвенную диспепсию возрастом до 45 лет – 60 взрослых пациентов, большинство которых принадлежало мужскому полу (46 мужчин, 14 женщин). Индекс массы тела ВМІ (норма 18,5 – 24,9 кг/м<sup>2</sup>) больше на 25 кг/м<sup>2</sup> было в 57%-ах, а меньше на 25 кг/м<sup>2</sup> - в 43%-ах.

У отмечённых 60 взрослых 12% имели клинически выраженный рефлюкс-эзофагит, что было подтверждено и эндоскопический. У них не было тревожных симптомов и в анамнезе не было пептической язвы, и именно поэтому с ними не был проведен серологический тест на инфицирование *H. Pylori*.

**Таблица №1.** Стандарты и критерии аудита пациентов с неязвенной диспепсией которые находились на учёте в первичном здравоохранении

№	Критерии	Стандартное время	Стандарт	Результаты
1.	Частота обращения пациентов, имеющих неязвенную диспепсию.	1 год	100%	82%
2.	Прекращение пользования никотина	1 год	100%	35%
3.	Использование чая, кофе, шоколада в малом количестве.	1 год	100%	48%

4.	Прекращение приёма жирной и острой пищи	1 год	100%	50%
5.	Коррекция индекса массы тела	1 год	100%	53%
6.	Использование лёгких антацидов	1 год	100%	85%
7.	Использование прокинетиков во время снижения перистальтики (в нашем случае 10 пациентов)	1 год	100%	83%

### Полученные результаты и их анализ.

Как Видно из проведённых исследований, частота обращения пациентов имеющих неязвенную диспепсию в первичное здравоохранение довольно высокое и соответствует 82% ( $P < 0,05$ ) (диаграмма №1). Таким образом, пациенты хорошо информированны и обращают внимание на эту проблему здоровья, что считается успехом хорошо организованной работы группы первичного здравоохранения (врача, медсестры, регистратуры).

Что касается прекращения использования никотина, по исследованию этот критерий составлял 35% ( $p < 0,05$ ). Такой результат объясняется недостаточным информированием пациентов бригадой первичного здравоохранения об этом значительном риск-факторе. Не обработан индивидуальный стратегический план прекращения использования никотина для каждого курильщика.

### Диаграмма №1

Частота обращения пациентов



Проведённое исследование показало, что использование алкоголя, чая, кофе шоколада в малом количестве (как критерии) не доходил до стандарта и был равен 48% ( $p < 0,05$ ), что указывает на поверхностное отношение пациентов к этому значительному вопросу. В медицинских картах записи врачей всегда указывали об управление отмеченных риск факторов.

## Диаграмма №2

Использование пациентами алкоголя, чая, кофе, шоколада в малом количестве.



По исследованию критерий прекращения использования жирной и острой пищи, составлял 50% ( $p < 0,05$ ). Для модифицирования этого риск-фактора нужно усилить работу бригады первичного здравоохранения.

По проведенному медицинскому аудиту критерии индекса массы тела составлял – 53% ( $p < 0,05$ ). Разница между стандартом и полученными результатами объясняется недостаточной работой медперсонала, чтобы просветить пациента в том, что изменённый вес является серьёзным риск-фактором.

Исследование показало высокие показатели критерия использования пациентами лёгких антацидов и во время снижения перистальтики – прокинетики (соответственно 85% и 83%), что указывает на серьёзное отношение больных к процессам медикаментного лечения, а также на мобилизованность группы первичного здравоохранения - дать пациентам обязательную информацию о лечебных препаратах, поручить ответственность управления положением.

Таким образом, на основе результатов проведённого исследования можем сделать вывод, что процесс лечения в первичном здравоохранении пациентов, имеющих неязвенную диспепсию требует улучшения.

### Нужно:

1. в офисе первичного здравоохранения организовать проведение лекций-бесед для пациентов о значении риск-факторов неязвенной диспепсии и их модифицировании.
2. Более аффективное использование гаидлаинов в управлении неязвенной диспепсии в соотношении с теми критериями, где были обнаружены показатели ниже, установленного стандартом.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. ი.ქაროსანიძე, თ.გაბუნია, ვ.დობორჯგვიბიძე - საოჯახო მედიცინა//თბილისი, 2001, 341გვ.
2. [www.moh.gov.ge](http://www.moh.gov.ge)
3. Dyspepsia – proven Gerd, CKS – clinical knowledge Summaries, 2008, <http://cks.libray.nhs.uk>
4. Role of endoscopy in the management of Gerd. The American Society for gastrointestinal Endoscopy 2007. Volume 66, No2

5. Gastroesophageal Reflux Disease in Adults. Armstrong D, Marshall G.K., Ehiba, N, Enns, R, Fallone, et al (2005 January) Canadian consensus conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults: Update 2004. Canadian journal of gastroenterology 19 (1) 15-35.
6. Management of dyspepsia and heartburn New Zealand Guidelines Group, 2004.

### ქ.უკლება; ლ.გვეტაძე

#### არაწყლულოვანი დისპეფსიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

ქუთაისის უნივერსიტეტი - UNIK, მედიცინის ფაკულტეტი, ქუთაისი, საქართველო

#### რეზიუმე

შრომის მიზანი იყო არაწყლულოვანი დისპეფსიის მქონე პაციენტების მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება პირველად ჯანდაცვაში.

შრომას საფუძვლად დაედო პაციენტთა სამედიცინო მომსახურების აუდიტი, რომელიც ჩატარდა ქუთაისის საოჯახო მედიცინის ცენტრში.

ჩატარებული აუდიტის შედეგების მიხედვით შეიძლება დავასკვნათ, რომ პირველად ჯანდაცვაში არაწყლულოვანი დისპეფსიის მქონე პაციენტების მკურნალობის პროცესი მოითხოვს გაუმჯობესებას: კვლევამ აჩვენა, რომ ალკოჰოლის, ყავის, ჩაის, შოკოლადის მცირე რაოდენობით გამოყენება ვერ აღწევდა სტანდარტულ მოთხოვნას და უტოლდებოდა 48% ( $P<0.05$ ), რაც აიხსნება პაციენტთა ზერელე დამოკიდებულებით აღნიშნული საკითხისადმი.

ცხიმის და ცხარე საკვების შეწყვეტის კრიტერიუმმა 50% ( $P<0.05$ ) შეადგინა, რაც ძალიან შორდება სტანდარტს. საჭიროა ამ მიმართულებით ჯანდაცვის გუნდის მუშაობის გაძლიერება პაციენტთა გასანათლებლად.

ასევე აუცილებელია არაწყლულოვანი დისპეფსიის რისკ-ფაქტორების (ნიკოტინი, სხეულის მასის ინდექსი და ა.შ.) მოდიფიცირება.

საჭიროა მედპერსონალის მიერ აუდიტის შედეგების გაცნობა და რეაუდიტის ჩატარება განხორციელებული ღონისძიებების ეფექტურობის შესამოწმებლად.