

*ვაჟა გვანცელაძე, ნანა გვანცელაძე*  
გულმძარვისა და ბოყინის ეპიზოდები საექიმო პრაქტიკაში  
ქ. თბილისის მე-4 კლინიკური საავადმყოფოს თერაპიული განყოფილება;  
თსსუ N5 შინაგან სნეულებათა დეპარტამენტი

VAZHA GVANTSELADZE, NANA GNANTSELADZE  
**EPISODES OF HEARTBURN AND BLOATING IN MEDICAL PRACTICE**

Therapeutic Department of the Tbilisi 4th Clinical Hospital;  
TSMU Department of Therapy N5

**SUMMARY**

The aim of the study was to study the frequency and nature of episodes of heartburn and bloating in patients with duodenal and gastric ulcers in the Georgian population, considering the histomorphological and morphometric changes of the gastric mucosa and the parameters of gastric secretion. At the same time, we were interested in analyzing patients' anamnesis before being hospitalized for the last 2 months.

The analysis of the material showed that incidence of heartburn episodes in the Georgian population is clearly higher in patients with peptic ulcer disease 12 - (79.9%) than in patients with gastric ulcer (9 - 31.9%). Episodes of heartburn in these patients are characterized not only by increasing of rate (more than 50 episodes), both day and night, but the intensity and duration (which is due to abnormal gastroesophageal reflux). This is a high risk for the occurrence of heartburn episodes.

As for bloating, it was detected in patients with duodenal ulcer (11–26.2%), in gastric ulcer 11– (32.9%). The main pathogenetic aspects of heartburn episodes were found to be diffuse fundal glands hyperplasia and high acidity (duodenal ulcer and pyloric anterior ulcer).

It was also found that a large percentage of patients were not treated properly, leading to impaired ability to work and changes in quality of life and disease progression.

**Keywords: heartburn, bloating, duodenal and gastric ulcers.**

გულმძარვის კლინიკური სიმპტომი ერთ–ერთი გავრცელებული დისპეპსიური და შემაწუხებელი ჩივილია ეკონომიურად განვითარებულ ქვეყნების ზრდასრულ და შრომის უნარიან მოსახლეობაში. მისი სიხშირე მერყეობს 20–50%-მდე (კვირაში ერთხელ მაინც) [9,10,12,18].

გულმძარვის სიხშირე დასავლეთ ევროპის, ჩრდილოეთ და სამხრეთ ამერიკის ქვეყნებში, თურქეთში შეადგენს 10–20%, ხოლო დანარჩენ აზიის ქვეყნებში 5,0%-მდე. ამერიკაში გულმძარვას უჩივის არანაკლებ ერთხელ თვეში 60მლნ პიროვნება, ხოლო მათ შორის ყოველდღიურად 15მლნ [18].

მოსკოვში ჩატარებული კვლევის შედეგად, ხშირ გულმძარვას უჩივის მოსახლეობის 18% (კვირაში ერთხელ მაინც), ხოლო იშვიათი გულმძარვა გამოვლინდა 22% (კვირაში ერთხე ნაკლები) [12].

არსებობს მონაცემები, რომ ევროპული მოსახლეობის 50მლნ ადამიანი უჩივის გულმძარვას, მათ შორის საფრანგეთში 20%, შვედეთში 40% (კვირაში ერთხელ მაინც).

სამწუხაროდ, ჩვენთან ეპიდემიოლოგიური კვლევა არ ჩატარებულა, ამიტომ მისი ჭეშმარიტი გავრცელების სურათი უცნობია, XXI საუკუნეში გულმძარვის ეპიზოდების სიხშირის გაზრდის გამო მეცნიერებმა იგი XXI საუკუნის დაავადებად გამოაცხადეს. ხოლო წყლულოვანი დაავადება XX საუკუნის დაავადებად [9,10].

გულმძარვის სიმპტომი მრავალი თავისებური თვისებებით ხასიათდება. პირველ რიგში უნდა აღვნიშნოთ, რომ იგი უხშირესად იშვიათი ხასიათისაა, შემაწუხებელი არ არის, ამიტომ პაციენტს პრობლემას არ უქმნის, ხოლო მეორე შემთხვევაში, იგი ხშირი

ხასიათისაა (50–ზე მეტი ეპიზოდი ვლინდება დღე–ღამის განმავლობაში, 24–საათიანი ინტრაეზოფაგურ PH-მეტრიით) [18,9].

ამავე დროს, იგი ძალზე შემაწუხებელია და ხანგრძლივი ინტენსიური მოქმედებით გამოირჩევა, როგორც დღის, ისე ღამის პერიოდში (პათოლოგიური გასტროეზოფაგური რეფლუქსის გამო), რასაც მოყვება საყლაპავის ლორწოვანი გარსის დაზიანება სხვადასხვა სიმძიმის ხარისხით. ასევე შრომის უნარის დაქვეითება და ცხოვრების ხარისხის გაუარესება. ასეთ სიტუაციაში პაციენტებში, რომლებიც სათანადოდ არ მკურნალობენ, დაავადება განიცდის პროგრესს, ამიტომ პაციენტს უქმნის სერიოზულ პრობლემებს დაავადების გართულებების განვითარებით [11,12,13,14,27,29].

გულმძარვის თავისებურებებს წარმოადგენს აგრეთვე ისიც, რომ იგი მოსახლეობაში უმეტეს შემთხვევაში შეუღლებულია გასტროეზოფაგურ რეფლუქსთან - (75%), ხოლო იზოლირებულად უფრო ნაკლებ შემთხვევაში ვლინდება [18,9].

ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ იგი შეუღლებულია სხვა დაავადებებთანაც. განსაკუთრებით კი საჭმლის მომნელებელი სისტემის პათოლოგიასთან, როგორცაა მჟავადამოკიდებული დაავადებები (12-გოჯა ნაწლავის და კუჭის წყლულოვანი დაავადება, გასტრიტი, გასტროდუოდენიტი, სანაღვლე გზების პათოლოგია, ქრონიკული პანკრეატიტი, კოლიტი, გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი), ასევე სასუნთქი სისტემის და გულსისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიასთან [1,2,3,4,8,9].

საყურადღებოა ისიც, რომ გულმძარვის ეპიზოდები მცირე პროცენტში შეიძლება იყოს არარეფლუქსური ბუნების, კერძოდ საყლაპავის ფუნქციური დაავადების დროს, როგორცაა: ეზოფაგოსპაზმი, კარდიის აქალაზია და სხვა.

ფუნქციური გულმძარვა და ფუნქციური დისპეპსია, **გერდ-ის** შეუღლების შემთხვევები მეორე რომელიმე დაავადებასთან, ასევე მისი ატიპიური გამოვლინება (არასაყლაპავის სიმპტომების), ექიმებს დიდ სიძნელეებს უქმნის დაავადების დროული დიაგნოზის და რაციონალური მკურნალობის საქმეში. ასევე უნდა გვახსოვდეს, რომ გერდ შეიძლება მიმდინარეობდეს ლატენტურად [8,9,12,25].

გულმძარვა შეიძლება ჯანმრთელ პირებსაც გამოუვლინდეს. იგი ფიზიოლოგიური გასტროეზოფაგური რეფლუქსის შედეგია. მაგრამ იგი იშვიათია, ნაკლებად ინტენსიური და ხანმოკლეა (50 – ეპიზოდზე ნაკლები სიხშირის დღე–ღამეში). რაც შეეხება საყლაპავის ქვედა სფინქტერში ტონუსის დაქვეითების (წნევის დაქვეითების, მოდუნების) მიზეზები დღემდე უცნობია. ვარაუდობენ, რომ მისი მიზეზი უნდა იყოს ნეიროჰუმორული მოშლილობა. თუმცა, ასევე არსებობს გარკვეული ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობს საყლაპავის ქვედა სფინქტერის სპონტანურ მოდუნებას და გასტროეზოფაგური რეფლუქსის აღმოცენებას [9,12,15,22,23].

წლების განმავლობაში პაციენტები მკერდის ძვლის უკან აღმოცენებულ შემაწუხებელ ჩივილს სხვადასხვანაირად აღიქვამდნენ და სხვადასხვანაირად უკეთებდნენ ინტერპრეტაციას. არც ექიმები იყვნენ ერთიანი აზრის ამ საკითხთან დაკავშირებით. ამიტომ მსოფლიოს წამყვან გასტროენტეროლოგთა კონფერენციაზე მიიღეს გადაწყვეტილება და განსაზღვრეს, რომ მკერდის ძვლის უკან არასასიამოვნო შეგრძნება, არა მარტო ტერმინს წარმოადგენს, არამედ მის ქვეშ იგულისხმება მწველი და სიმხურვალის შეგრძნება [9,18,19,24,26].

**შრომის ძირითადი მიზანი.** კვლევის მიზანს წარმოადგენს ქართულ პოპულაციაში დაგვედგინა გულმძარვის, ბოყინის ეპიზოდების სიხშირე და თავისებურება 12–გოჯა ნაწლავის წყლულის და კუჭის წყლულის დროს, კუჭის ლორწოვანი გარსის ტოპოგრაფიული მიდამოების მორფოლოგიური და მორფომეტრიული ცვლილების გათვალისწინებით. ასევე კუჭის სეკრეტორული ფუნქციის და საყლაპავის ლორწოვანი გარსის ენდოსკოპიური ცვლილებების მხედველობაში მიღებით პარალელურად დავინტერესდით პაციენტების ჰოსპიტალიზაციამდელი პერიოდით, რათა დაგვედგინა,

რამდენად დროულად იყო დასმული სწორი დიაგნოზი და რამდენად ადეკვატურად ჰქონდათ ჩატარებული მკურნალობა.

**გამოკვლევის მასალა და მეთოდები.** ჩვენს მიერ გამოკვლეულია 39 ავადმყოფი 12-გოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებით და 29 ავადმყოფი კუჭის წყლულოვანი დაავადებით, რომლებიც შემოსული იყო ჩვენს თერაპიულ კლინიკაში სასწრაფო გადაუდებელი დახმარებისთვის.

ყველა ავადმყოფს სათანადო კლინიკურ-ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევების პარალელურად ჩაუტარდათ კუჭის ლორწოვანი გარსის ფიბროსკოპია, მრავლობითი ვიზუალური ბიოფსიით (ანტრალური მიდამოდან 2 ბიოპტატი, სხეულის მცირე სიმრუდის ქვედა, შუა და ზედა მესამედიდან თითო ბიოპტატი და სხეულის წინა ზედაპირიდან ქვედა და შუა მესამედიდან თითო ბიოპტატი). ბიოფსიური მასალა შევისწავლეთ ჰისტომორფოლოგიურად, მორფომეტრულად, (ავთანდილოვის წერტილოვანი ბადით გამოვიკვლიეთ კუჭის ფუნდალურ ჯირკვლებში პარიეტალური უჯრედების პროცენტული მოცულობა ტოპოგრაფიული არეების მიხედვით). ასევე შევისწავლეთ ინფექციის მოთესვის გავრცელების სურათი. კუჭის წვენის სეკრეცია შევისწავლეთ უზმოზე, ბაზალურ პერიოდში და სტიმულაციის ფაზაში ჰისტამინის სუბმაქსიმალური დოზით და კომბოსტოს 7% ნახარშით. კუჭის წვენში ისაზღვრებოდა მარილმჟავა, პეპსინი, Hიონები და მათი დებიტ საათი. ქრონიკული გასტრიტის დიაგნოზი ისმებოდა სიდნეის კლასიფიკაციის მიხედვით (A,B,C), ხოლო საყლაპავის ენდოსკოპიურ ცვლილებას ვაფასებდით (M.Savary, J.Miler 1996) კლასიფიკაციის მიხედვით.

მასალა დამუშავებულია ვარიაციული სტატისტიკის მეთოდით. (სტანდარტული პაკეტით - SPSS11.P<0,05

**გამოკვლევის შედეგები.** როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, გამოვიკვლიეთ 12-გოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებით 39 ავადმყოფი, რომლებიც შემოვიდნენ ჩვენს კლინიკაში დაავადების გამწვავების გამო, მათი ასაკი ძირითადად ახალგაზრდა იყო, უმეტესობა მამაკაცები 26 (66%), ქალები - 13 (33%). აღნიშნული პაციენტები არიან ქალაქის მაცხოვრებლები, პროფესიით მოსამსახურეები, მუშები და დიასახლისები. ამ კონტინგენტის ავადმყოფებში დაავადების ხანგრძლივობა უმეტესად 5 და მეტი წელი იყო. ამ ჯგუფის პაციენტებში გულმძარვის ეპიზოდი დადგინდა 39 შემთხვევიდან 30 შემთხვევაში (76,5%), ხოლო ბოყინის (39 შემთხვევიდან) 11 შემთხვევაში (28,2%). ჰისტომორფოლოგიური და მორფომეტრული კვლევებით დაუდგინდათ ანტრალური იზოლირებული გასტრიტი და ზერელე პანგასტრიტი შეუღლებული ფუნდალური ჯირკვლების ჰიპერპლაზიასთან, რომელსაც დიფუზური ხასიათი ჰქონდა.

რაც შეეხება კუჭის სიკრეციის შესწავლით, როგორც ბაზალურ, ასევე სტიმულირებულ პერიოდში, პაციენტებში ვისაც ჰქონდათ გულმძარვა, დაუდგინდათ მარილმჟავას და პეპსინის წარმოქმნის ფუნქციის მომატება, რაც ფუნდალური ჯირკვლების ჰიპერპლაზიით უნდა აიხსნას. საყლაპავის ენდოსკოპიით გამოვლინდა სხვადასხვა სიმძიმის ხარისხის რეფლუქს ეზოფაგატი.

12-გოჯას წყლულის დროს ავადმყოფებს ქართულ პოპულაციაში დაუდგინდათ არამარტო გულმძარვის ეპიზოდების სიხშირის მკვეთრი გაზრდა, არამედ ასევე მისი ინტენსივობის და ხანგრძლივობის მატებაც, რაც პათოლოგიური გასტროეზოფაგური რეფლუქსით უნდა აიხსნას. აღნიშნული გარემოება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რისკფაქტორია გულმძარვის ეპიზოდების აღმოცენებისათვის.

პარალელურად გავაანალიზეთ ჰოსპიტალიზაციამდელი პერიოდი, რომელმაც გვიჩვენა, რომ პაციენტებს, რომელსაც აქვთ ორი დაავადება, გარკვეულ სირთულეებს უქმნის პრაქტიკოს ექიმს დიაგნოსტიკაში და მკურნალობის საქმეში.

აღნიშნული გარემოება ხელს უწყობს პაციენტებში შრომის უნარის დაქვეითებას, ცხოვრების ხარისხის შეცვლას, დაავადების პროგრესირებას და გართულებების აღმოცენებას.

ამგვარად, 12-გოჯა ნაწლავის წყლულოვან დაავადება არის ერთ-ერთი ხშირი პათოლოგია, რომლის დროსაც საგრძნობლად იზრდება გულმძარვის ეპიზოდების სიხშირე და სიმძიმე.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, კუჭის წყლულით შემოსული 29 ავადმყოფიდან 15 შემთხვევაში (51,8%) დადგინდა პილოროანტრალური წყლული და 14 შემთხვევაში (48,7%) - სხეულის მცირე სიმრუდის წყლული. ავადმყოფთა უმრავლესობა იყო ახალგაზრდა ასაკის, მათ შორის მამაკაცი 15 (51,7%) და ქალი 14 - (48,2%). კუჭის წყლულის დროს გულმძარვა გამოვლინდა 29 ავადმყოფიდან 9 შემთხვევაში (31,04%). პილოროანტრალური წყლულის დროს გულმძარვა გამოვლინდა 29 ავადმყოფიდან 7 შემთხვევაში (24,14%). კუჭის მცირე სიმრუდის წყლულის დროს გულმძარვა დადგინდა 29 ავადმყოფიდან 2 შემთხვევაში - 6,9%. რაც შეეხება ბოყინს, კუჭის წყლულის დროს საერთო რაოდენობიდან 11 შემთხვევაში (37,93%) გამოვლინდა. პილოროანტრალური წყლულის დროს 5 (17,24%) შემთხვევაში, ხოლო კუჭის მცირე სიმრუდის წყლულის 29 შემთხვევიდან ბოყინი დადგინდა 6 - (20,69%). ამ ჯგუფის ავადმყოფებში ბიოფსიური მასალის ჰისტომორფოლოგიური და მორფომეტრიული შესწავლით დადგინდა კუჭის წყლულის ლოკალიზაციის გათვალისწინებით - ერთ შემთხვევაში ანტრალური გასტრიტი და ფუნდალური ჯირკვლების ჰიპერპლაზია, 15 ავადმყოფიდან 4 შემთხვევაში - (21,6%), მეორე შემთხვევაში ზერელე პანგასტრიტი ფუნდალური ჯირკვლების ჰიპერპლაზიის ფონზე 15 შემთხვევიდან 5 შემთხვევაში - (33,3%), ხოლო მესამე შემთხვევაში მსუბუქი ატროფიული გასტრიტის 4 შემთხვევა - (21,6%) 15 შემთხვევიდან.

კუჭის სეკრეციული ფუნქციის შესწავლით ბაზალურ პერიოდში და სტიმულაციის ფაზაში ავადმყოფებში პილოროანტრალური წყლულის დროს, რომელსაც თან ახლავს ფუნდალური ჯირკვლების ჰიპერპლაზია, ვლინდება მარილმჟავის პროდუქციის გაზრდა, ხოლო პეპსინის პროდუქცია იჩენს ზრდის ტენდენციას. ანამნეზით დადგინდა, რომ ბოლო 2 თვის განმავლობაში როგორც წყლულის კლინიკური ნიშნები, ასევე დისპეპსიური ჩივილები (გულმძარვა და ბოყინი) ძალზე შემაწუხებელი იყო და ხელი შეუწყო პაციენტებში შრომის უნარის დაქვეითებას და ცხოვრების ხარისხის შეცვლას, რამაც განაპირობა მათი სტაციონარში მკურნალობა.

ამგვარად, გულმძარვის ეპიზოდები კუჭის წყლულის დროს უფრო ნაკლები სიხშირით ვლინდება ვიდრე 12-გოჯა ნაწლავის წყლულის დროს.

გულმძარვის ეპიზოდების ერთ-ერთი მთავარი პათოგენეზური ფაქტორებია ფუნდალური ჯირკვლების ჰიპერპლაზია და მაღალი მჟავე სეკრეცია.

#### **დასკვნები:**

1. ქართულ პოპულაციაში თერაპიულ განყოფილებაში სამკურნალოდ შემოსულ 68 ავადმყოფთა შორის (მუცლის პრობლემების გამო) უმეტეს შემთხვევაში დადგინდა 12-გოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება - 30 (57,3%), ხოლო კუჭის წყლულოვანი დაავადება 29 (42,6%) შემთხვევაში. კუჭის წყლულის ლოკალიზაციის გათვალისწინებით 29 ავადმყოფთა შორის პილოროანტრალური წყლულოვანი დაავადება დადგინდა 15 (51,7%) შემთხვევაში, ხოლო სხეულის მცირე სიმრუდის წყლული - 14 (48,2%).

2. გულმძარვის ეპიზოდები ქართულ პოპულაციაში ყველაზე ხშირად ვლინდება 12-გოჯა ნაწლავის წყლულის დროს - 30 (76,5%), კუჭის წყლულთან შედარებით - 9 (31,9%). რაც შეეხება კუჭის წყლულის დროს წყლულის ლოკალიზაციას, გულმძარვა დაუდგინდა უფრო ხშირად პაციენტებს პილორო-ანტრალური მიდამოს წყლულის დროს - 7 (46,3%), ვიდრე სხეულის წყლულის დროს (2-14,9%).

ბოყინი გამოვლინდა 12–გოჯა ნაწლავის წყლულის დროს 11 (26,2%), ხოლო კუჭის წყლულის დროს 11 – (31,9%) შემთხვევაში. პაციენტთა უმრავლესობა იყო მამაკაცი, ქალაქის მაცხოვრებელი, მოსამსახურე, მუშა და დიასახლისი, დაავადების ხანგრძლივობა 5–დან 10 წლამდე მერყეობდა.

3. გულმძარვის ეპიზოდების არსებობა, წყლულოვანი დაავადების დროს გამოირჩევა არამართო სიხშირის გაზრდით, არამედ ინტენსიურობის და ხანგრძლივობის გაზრდითაც, რაც მის მიმედ მიმდინარეობას განაპირობებს. იგი მიზეზი ხდება პაციენტებში შრომის უნარის დაქვეითების და ცხოვრების ხარისხის შეცვლის. ამავე დროს იგი დაავადების პროგრესირების და გართულების წყარო ხდება (პათოლოგიური გასტროეზოფაგური რეფლუქსის გამო).

ასევე გამოვლინდა, რომ პაციენტთა უმრავლესობა არ მკურნალობდა სათანადოდ და არ ცხოვრობდა ცხოვრების ჯანსაღი წესით, რაც გახდა დაავადების გამწვავების მიზეზი.

### გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ვ. გვანცელაძე, გ. კალანდარიშვილი, ქრონიკული გასტრიტის ცალკეული ეტიოპათოგენური ფორმების ოპტიმალური სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები. სამეცნიერო პრაქტიკული ჟურნალი, საქართველოს გასტროენტეროლოგთა და ჰეპატოლოგთა ასოციაცია. 2003წ. თბილისი, გვ.18–20.
2. გ. გურგენიძე, ბ. რაჭველიშვილი, ა. მაჭავარიანი, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან დაავადებათა და გასტროეზოფაგური რეფლუქსური დაავადების დიაგნოსტიკის და მკურნალობის თანამედროვე პრინციპები. (მეთოდური რეკომენდაციები მომზადებულია საქართველოს გასტროენტეროლოგთა და ჰეპატოლოგთა სამეცნიერო ასოციაციის მიერ, 2006წ.
3. გ. ლობჯანიძე – კუჭის წყლული. თბილისი, 1998წ. გვ. 20–21.
4. Вялов С.С. Горбинская С.А. Гастроэзофагальная болезнь (ГЭРБ): Диагностика, лечения и профилактика, методические рекомендации, №338, 12/23, М.2011. с.16.
5. В. Гванцеладзе. Значение сетки Автандилова для определения количества обкладочных клеток в фундальных железах при патологическом состоянии желудка. Материалы Республ. конференции. Г.Кутаиси. 1979. С.28-32.
6. В. Гванцеладзе. Изучение обкладочных клеток в фундальных железах при хроническом гастрите, язвенной болезни 12п.кишки. Сообщ. АНГССР г. Тбилиси, 1978, №3, с.709-712.
7. В.Гванцеладзе. Клинико-морфологические формы хронического гастрита. 1988. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук.
8. Евсютина Д.В., Трухманов А.С., Новые возможности терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни путем повышения приверженности пациентов к лечению. (РЖГГК, 2015. №2, с.4-9).
9. Ивашкин В., Трухманов А.С., Эволюция представлении о роли нарушения двигательной функции пищевода в патогенезе ГЭРБ (РЖГГК,2012. Т. XXII, №2, с.14-21.
- 10.Ивашкин В.Т, Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, клинические рекомендации (Российская Гастроэнтерологическая ассоциация, 2014, Москва, 23с.
- 11.Каибишева В.О. Трухманов А.С. Сторнова О.А, и др. Морфофункциональные изменения в пищеводе про ГЭРБ в зависимости от характера рефлюктанта (Клинические Перспективы Гастроэнтерологии, Гепатол. 2014, №5, с.28-36.
- 12.Лазебник А.В. Василев Ю.В., Манаников И.В, Изжога как один из основных критериев ГЭРБ (результат одного эпидемиологического исследования) экспериментальная и клиническая гастроэнтер. 2004, №1, с.164-65.
- 13.Сторонова О.А. Трухманов А.С. Иванкин В.Т. Роль защитных факторов слизистой оболочки пищевода в лечении ГЭРБ. (Клин. Перспектива гастроэнтерологии, гепатологии, 2014, №5,37-42.
- 14.Сторонова О.А. Трухманов А.С. Джаях Н.Д. Ивашкин В.Т. – нарушение пищевого клиренса при гастроэзофагальной болезни и возможности их коррекции (РЖГГК, 2012, Т. XXII, №2, с.14-21.
- 15.Трухманов А.С. Джаях Н.Д. Каибишева В.О. Новые аспекты рекомендации по лечению больных ГЭРБ. Гастроэнтерология и Гепатология, 2013 N1, С-2-9

- 16.Трухманов А.С. Каибишева В.О. Сторонова О.А. Ивашкин В.Т. Внутрипищеводное рН импедансометрия в диагностике гастроэзофагальной рефлюксной болезни. Клинические Перспективы Гастроэнтерологии, Гепатология 2014.N1. с.3-12
- 17.Фишер А.Л. Поляк Р.И. О гиперплазии фундальных желез желудка. Патологическая физиология 1976 N3, с-72-83
18. Dent J, El-sereg. The Montreal definition and classification of Gastro-esophageal Reflux Disease (GERD) – a global evidence-based consensus, Am, J,Gastroenterology,2006,vol.101, n.8,p.190-192
- 19.Dent J, HolowayR.H. Touli J, Dodds Mechanisms of lower esophageal spincter incompetent patients with symptomatic gastroesophageal reflux. Cntn. 1988.29.120.
- 20.Dent J, El-sereg. H.B. Wallander, Johanson S. Epidemiology of Gastroesophageal reflux disease: a systematic reviel, Gut 2005, 54,710-717
- 21.Fock K.N., pohe- gastroesophageal reflux desease. Gasroenterol.2010;45(8),808-15
- 22.HolowayR.H. –The anti refluxbasics and mechanisms of Gastroesophageal reflux. 2000,14, 687
- 23.Kahrilas P. –Clinical practice- Gastroesophageal reflux disease.N.Engl J.Med,2008,359,1700-7
- 24.Moyaeedi E, Talley N Gastroesophageal reflux disease; Lancet, 2006; 367; 2086-2100
- 25.Tytgat C.N.J. Treatment of peptic ulcer. Digestion 1998, vol.59, p.446.452
- 26.Tytgat C.N.J. et al.- New algorithm for the treatment of gastro-esophageal reflux disease. Aliment Farmacology therapy, 2008, vol27, p.249-256
- 27.Tytgat C.N.J. What is the rate of occurrence of esophageal columnar metaplasia after longterm ppi therapy? John Libay Evrotext, Paris, 2003, vol.1. p-73-77
- 28.Richter J.E. Ezenderberg F.K. Gastroesophageal reflux disease. (Sandors Ecevier),2010,4.
- 29.Vakil Van Zanten S.V. Kahrilas P et al, The Montreal definition and classification of Gastro-esophageal Reflux Disease (GERD) – a global evidence-based consensus, Am, J,Gastroenterology, 2006,vol.101, n.8,p.190-192

*ВАЖА ГВАНЦЕЛАДЗЕ, НАНА ГНАНЦЕЛАДЗЕ*

### **ЭПИЗОДЫ ИЗЖОГИ И ОТРЫЖКИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Терапевтическое отделение 4-й Тбилисской клинической больницы;  
ТГМУ Кафедра терапии N5

#### **РЕЗЮМЕ**

Целью исследования было изучение в Грузинской популяции частоты и характера эпизодов изжоги и отрыжки у пациентов с язвой желудка и 12-ти перстной кишки, поступивших в терапевтическое отделение с учетом гистоморфологических и морфометрических изменений слизистой оболочки желудка и параметров желудочной секреции. В то же время нам было интересно проанализировать анамнез пациентов перед госпитализацией в течение последних 2 месяцев.

Анализ материала показал, что частота эпизодов изжоги у населения Грузии явно выше у пациентов с язвенной болезнью 12 - ти перстной кишки (79,9%), чем у пациентов с язвой желудка (9 - 31,9%) (более 50 эпизодов), как днем, так и ночью, одновременно выявлено их повышенная интенсивность и продолжительность (что связано с патологическим гастроэзофагеальным рефлюксом). Это высокий риск возникновения эпизодов изжоги.

Что касается отрыжки, то оно выявлено у больных с язвой двенадцатиперстной кишки (11-26,2%), а при язве желудка 11 (32,9%). Выявлены основные патогенетические факторы изжоги, в частности диффузная гиперплазия фундальных желез и повышенная кислотность. (язва 12-ти перстной кишки и язва пилороантральной области).

Также было обнаружено, что большой процент пациентов не получает должного лечения, что приводит к снижению трудоспособности и изменению качества жизни и прогрессированию заболевания.

*ვაჟა გვანცელაძე, ნანა გვანცელაძე*  
**გულმმარვისა და ბოყინის ეპიზოდები საექიმო პრაქტიკაში**  
ქ. თბილისის მე-4 კლინიკური საავადმყოფოს თერაპიული განყოფილება.  
თსსუ N5 შინაგან სნეულებათა დეპარტამენტი

**რეზიუმე**

შრომის მიზანს წარმოადგენდა ქართულ პოპულაციაში შეგვესწავლა თერაპიულ განყოფილებაში შემოსული 12-გოჯა ნაწლავის და კუჭის წყლულით დაავადებულ პაციენტებში გულმმარვისა და ბოყინის ეპიზოდების სიხშირე და ხასიათი, კუჭის ლორწოვანი გარსის ჰისტომორფოლოგიური და მორფომეტრიული ცვლილებების და კუჭის სეკრეციის პარამეტრების გათვალისწინებით. პარალელურად დავინტერესდით პაციენტების ანამნეზის ანალიზით სტაციონარში მოთავსებამდე, ბოლო 2 თვის განმავლობაში.

მასალის ანალიზმა გვიჩვენა, რომ ქართულ პოპულაციაში გულმმარვის ეპიზოდების სიხშირე აშკარად სჭარბობს 12-გოჯა ნაწლავის წყლულით დაავადებულ პაციენტებში - 30 (79,9%), ვიდრე ავადმყოფებში კუჭის წყლულით (9-31,9%), ამ პაციენტებში გულმმარვის ეპიზოდები გამოირჩევა არა მარტო სიხშირის გაზრდით (50 ეპიზოდზე მეტი), როგორც დღე, ისე ღამით, არამედ ინტენსიურობით და ხანგრძლივობით (რაც პათოლოგიური გასტროეზოფაგური რეფლუქსით არის განპირობებული), ეს კი მაღალი რისკის მატარებელია გულმმარვის ეპიზოდების აღმოცენებისათვის.

რაც შეეხება ბოყინს, იგი გამოვლინდა 12-გოჯა ნაწლავის წყლულით დაავადებულ პირებში (11-26,2%), კუჭის წყლულის დროს 11-(32,9%). ჩატარებული მასალის ანალიზით დადგინდა, რომ გულმმარვის ეპიზოდების მთავარი პათოგენეზური რგოლებია ფუნდალური ჯირკვლის დიფუზური ჰიპერპლაზია და მაღალი მჟავიანობა (12-გოჯა ნაწლავის წყლული და პილოროანტრალური მიდამოს წყლული).

ასევე დადგინდა, რომ პაციენტების დიდი პროცენტი სათანადოდ არ მკურნალობდა, რაც შრომის უნარის დაქვეითების, ცხოვრების ხარისხის შეცვლის და დაავადების პროგრესირების მიზეზი ხდება.

