

ვაჟა გვანცელაძე, ნანა გვანცელაძე

ქართულ პოპულაციაში გულძმარვის და ბოყინის ეპიზოდების სიხშირის, ხასიათის თავისებურებები და ურთიერთკავშირი ქრონიკული გასტრიტის სხვადასხვა კლინიკო-მორფოლოგიური ფორმების დროს
ქ.თბილისის მე-4 კლინიკური საავადმყოფოს თერაპიული განყოფილება;
თსუ N5 შინაგან სნეულებათა დეპარტამენტი

VAZHA GVANTSELADZE, **NANA GVANTSELADZE**

EPISODES OF HEARTBURN AND BLOATING IN MEDICAL PRACTICE

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

SUMMARY

The aim of this study was to determine the incidence of heartburn and nausea in patients with various forms of chronic gastritis in the Georgian population, how often, in terms of character, intensity and interrelationship, taking into account the histomorphological and morphometric changes in the topographic area of the gastric mucosa, as well as taking into account the parameters of gastric juice secretion parameters.

For this purpose, we examined 172 patients with chronic gastritis who were admitted to our therapeutic unit due to disease exacerbation. The analysis of the material revealed two main forms of chronic gastritis: the first chronic pangastritis of varying severity (diffuse antral and fundal gastritis) 141–81.9% and the second chronic gastritis with fundic glands hyperplasia (31–18.02%).

The analysis showed that episodes of heartburn were detected in cases of different forms of chronic gastritis, with the highest frequency in patients with form II [chronic gastritis (chronic gastritis with fundic glands hyperplasia)] from 31 cases of chronic form I 18–(58.06%), than in chronic gastritis I form (chronic pangastritis 47–(33.33%) of 141 cases). As regards the frequency of bloating in 47–(33.33%) of 141 patients with form of gastritis I, and 14–(45.16%) in 31 cases of the second form of chronic gastritis.

Examination of patients' anamnesis revealed that most patients were not adequately treated, because they were not properly diagnosed in time, which is an important contributing factor to disease progression, complications and heartburn episodes, impaired quality of life, and reduced quality of life.

გულძმარვის ეპიზოდი ათეული წლების განმავლობაში აღიარებული იყო კუჭის დაავადებების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან დისპეპსიურ სიმპტომად, ხოლო 1997 წლიდან, როდესაც ეს სიმპტომი გასტროენტეროლოგთა და ენდოსკოპისტთა კონგრესზე საყლაპავის პათოლოგიის მნიშვნელოვან სიმპტომად აღიარეს, აქედან გამომდინარე მეცნიერი-გასტროენტეროლოგები დიდი ინტერესით და მონდომებით შეუდგნენ ამ სიმპტომის ეტიოპათოგენების სრულყოფილად შესწავლას [10, 12, 13, 23, 24, 25, 28, 31, 33].

გასათვალისწინებელია, რომ გულძმარვის სიმპტომი რიგი თავისებურებებით ხასიათდება, იგი ერთ შემთხვევაში შედარებით წყნარად მიმდინარეობს, იშვიათად გვხვდება და ამიტომ პაციენტებს პრობლემებს არ უქმნის, ხოლო მეორე შემთხვევაში ძალზე შემანუხებელია, ხშირია, როგორც დღისით, ასევე ღამით, გამოირჩევა საყლაპავის ლორწოვან გარსზე ინტენსიური და ხანგრძლივი მოქმედებით (50 ეპიზოდზე მეტი დღე-ღამეში – პათოლოგიური გასტროეზოფაგური რეფლუქსის გამო) და ხელს უწყობს დაავადების სიმპტომების აღმოცენებასა და პროგრესირებას, შრომის უნარის დაქვეითებას და მკვეთრად ცვლის ცხოვრების ხარისხს [10, 14, 15, 18, 20, 24, 28, 31].

სამწუხაროდ, ჩვენთან ეპიდემიოლოგიური კვლევა არ ჩატარებულა, ამიტომ მისი ჭეშმარიტი გავრცელების სურათი უცნობია [11, 13, 23, 34].

როგორც ცნობილია, ლიტერატურაში გულძმარვის სიმპტომის მიმართ, როგორც სიტყვის (ტერმინის) და მისი არსის შესახებ ერთიანი აზრი არ არსებობდა ავადმყოფთა და ექიმთა შორის, რაც ხელს უშლიდა ამ სიმპტომის სწორად აღქმას და სიხშირის დადგენას [10,12,23,28]. ამიტომ გასტროენტეროლოგთა ექსპერტთა ჯგუფმა შეიმუშავა სათანადო განმარტება ამ საკითხთან დაკავშირებით, მათი აზრით გულძმარვის სიმპტომი განისაზღვრა, არა მარტო, როგორც ტერმინი (სიტყვა), არამედ ამ ტერმინის ქვეშ იგულისხმება წვის და სიმხურვალის შეგრძნება მკერდის ძვლის უკან, მახვილისებურ მორჩთან [18,19,23,24,26].

ასევე განმარტეს გერდ-ის (გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსის დაავადება) არსი, რომ იგი არის ქრონიკულად მორეციდივე დაავადება, განპირობებული კუჭის და (ან) დუოდენალური შიგთავსის რეტროგრადულად გადატყორცნის შედეგად საყლაპავის სანათურში (პათოლოგიური გასტროეზოფაგური რეფლუქსი), რომელიც იწვევს მისი ლორწოვანი გარსის დაზიანებას, სხვადასხვა სიმძიმის ხარისხით, რაც საფუძვლად უდევს დაავადების კლინიკურ გამოვლინებას, კერძოდ საყლაპავისმიერი (გულძმარვა, ბოყინი) და არასაყლაპავისმიერი (ხველა, ქოშინი, ტკივილი და სხვა) სიმპტომების სახით [13, 23, 24, 34].

გასტროენტეროლოგებმა ასევე გამოყვეს ამ დაავადების ორი ფორმა: პირველი, პოზიტიური გასტროეზოფაგური რეფლუქსური დაავადება, როდესაც კლინიკური სურათის დროს ენდოსკოპიური ცვლილებები აღინიშნება, ხოლო მეორე ფორმა, როდესაც – კლინიკური სურათის არსებობის დროს ენდოსკოპიური ცვლილება არ აღინიშნება – გასტროეზოფაგური რეფლუქსური დაავადების ნეგატიური ფორმა [13, 20, 23, 32].

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, გასტროენტეროლოგების დიდი ინტერესი გულძმარვის სიმპტომის შესწავლის მიმართ განპირობებულია მრავალი ფაქტორით. ამათგან ერთ-ერთი მთავარი არის მისი ფართო გავრცელება და ზრდის ტენდენცია ეკონომიურად განვითარებულ, ზრდასრულ და შრომისუნარიან მოსახლეობაში, რაზედაც მიუთითებს ეპიდემიოლოგიური კვლევები, კერძოდ დასავლეთ ევროპის და ჩრდილოეთ ამერიკის ქვეყნებში გულძმარვა ვლინდება 10–20%-მდე, ხოლო აზიის ქვეყნებში 5%-მდე, რაც მიუთითებს იმაზე, რომ მისი გავრცელება გეოგრაფიული ხასიათს ატარებს [23, 25, 28].

რაც შეეხება ამერიკის გასტროენტეროლოგთა კოლეჯის ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგებს, გულძმარვა დადგინდა ზრდასრული მოსახლეობის 60%-ში. რუსეთის ფედერაციის (Морозов, 2006წ.) მონაცემებით გულძმარვის სიხშირე დადგინდა 59,8% (АРИАДНА), ხოლო მათ შორის ხშირი გულძმარვა 22,7%. ამ დაავადების სიხშირის გაზრდის გამო მე–6 გასტროენტეროლოგთა კვირეულზე ე. ბირმინჰემში (დიდი ბრიტანეთი) 1997წ, ნათქვამია, რომ XX საუკუნე წყლულოვანი დაავადების საუკუნეა, ხოლო XXI საუკუნე გერდ-ის [13,15].

შრომის მიზანი. ჩვენს მიზანს შეადგენდა დაგვედგინა ქართულ პოპულაციაში გულძმარვის და ბოყინის ეპიზოდების სიხშირე, მათი ხასიათი, ინტენსივობა, მოქმედების ხანგრძლივობა და ურთიერთკავშირის ზეგავლენის თავისებურება ქრონიკული გასტრიტის სხვადასხვა კლინიკო-მორფოლოგიური ფორმების დროს (კომორბიდული თავისებურება), კუჭის ლორწოვანი გარსის ტოპოგრაფიული მიდამოების ჰისტომორფოლოგიური და მორფომეტრიული ცვლილებების გათვალისწინებით, ასევე კუჭის სეკრეციის პარამეტრების და საყლაპავის ენდოსკოპიური ცვლილების მხედველობაში მიღებით. ასევე დავინტერესდით ამ პაციენტებში ანამნეზური მონაცემების ანალიზით.

გამოკვლევის მასალა და მეთოდები. ჩვენს მიერ გამოკვლეულია 172 ავადმყოფი ქრონიკული გასტრიტის სხვადასხვა ფორმით, რომლებიც მუცლის მხრივ გადაუდებელი პრობლემის გამო მოთავსდნენ ჩვენს კლინიკაში. ავადმყოფთა ასაკი მერყეობდა 18-დან

70-წლამდე, მათ შორის ჭარბობდა ქალთა სქესი - 109 - 64,3% მამაკაცების სქესთან შედარებით - 63 - 36%. უმრავლესობას წარმოადგენს ქალაქის მაცხოვრებლები, მათ შორის მოსამსახურეები და მუშები, ავადმყოფებს კლინიკო-ლაბორატორიულ კვლევების ფონზე ჩაუტარდათ საყლაპავის და კუჭის ენდოფიბროსკოპია, ამავე დროს მრავალობითი ვიზუალური ბიოფსია კუჭის სხვადასხვა ტოპოგრაფიული მიდამოდან (ანტრალური მიდამოდან - 2 ბიოპტატი, სხეულის მცირე სიმრუდიდან თითო ბიოპტატი ქვედა, შუა და ზედა მესამედიდან, სხეულის წინა ზედაპირიდან თითო ბიოპტატი ქვედა და შუა მესამედიდან). ბიოფსიური მასალა შევისწავლეთ ჰისტომორფოლოგიურად და მორფომეტრიულად (მორფომეტრიის მიზნით გამოვიყენეთ ავთანდილოვის წერტილოვანი ბადე, ფუნდალური ჭირკვლების პარიეტალური უჯრედების პროცენტული მოცულობის დასადგენად, ასევე ანთებადი ელემენტების ანალიზისათვის, კუჭის სეკრეტორული ფუნქცია შევისწავლეთ ბაზალურ და სტიმულაციურ პერიოდში (ჰისტამინის სუბმაქსიმალური დოზა, კომბოსტოს 7% ნახარში). კუჭის შიგთავსში ისაზღვრებოდა მუავა და პეპსინწარმოქმნელი ფუნქციის ყველა მაჩვენებელი.

ქრონიკული გასტრიტის ფორმების გამოსავლენად გამოვიყენეთ სიდნის კლასიფიკაცია (ABC). საყლაპავის ლორწოვანი გარსის დაზიანებას ვაფასებდით M.Savary, J.Miler კლასიფიკაციის მიხედვით (1996წ.).

მიღებული შედეგები დავამუშავეთ ვარიაციული და კორელაციური ანალიზის HP ინფექციას ვსწავლობდით კუჭის ტოპოგრაფიული არეების მიხედვით.

მასალის განხილვა. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, სასწრაფოდ შემოსულ ავადმყოფთა შორის 172 პაციენტი დაუდგინდა ქრონიკული გასტრიტის ორი ძირითადი კლინიკო-მორფოფუნქციური ფორმა. ავადმყოფთა პირველ ჯგუფს მივაკუთვნეთ პაციენტები, ვისაც ჰქონდა ქრონიკული პანგასტრიტის სხვადასხვა სიმძიმის დაავადება - 141 (81,9%), ხოლო ავადმყოფთა მეორე ჯგუფს მივაკუთვნეთ პიროვნებები, ვისაც ჰქონდა ქრონიკული გასტრიტი და ფუნდალური ჭირკვლების ჰიპერპლაზია, სხვადასხვა სიმძიმის - 31 (18,2%).

მასალის ანალიზის შედეგების მიხედვით 141 ავადმყოფიდან ქრონიკული პანგასტრიტის სხვადასხვა სიმძიმის ფორმების დროს გულძმარვის და ბოყინის ეპიზოდების სიხშირე შემდეგ ხასიათს ატარებს: ზერელე ქრონიკული პანგასტრიტის დროს გულძმარვა დადგინდა - 14 (9,8%), ბოყინი - 10 (7,1%), მსუბუქი ქრონიკული ატროფიული პანგასტრიტის დროს (22 შემთხვევა 141 ავადმყოფიდან) გულძმარვა გამოვლინდა - 8 (5,67%), ბოყინი - 9 (6,38%), ზომიერი ქრონიკული პანგასტრიტის დროს (44 შემთხვევა 141 ავადმყოფიდან) გულძმარვა დადგინდა - 14 (9,9%), ბოყინი - 18 (14,7%); გამოსახული ქრონიკული ატროფიული პანგასტრიტის დროს გულძმარვა გამოვლინდა (33 შემთხვევა 141 ავადმყოფიდან) - 1 (0,7%), ბოყინი - 7 (4,96%). საერთო ჯამში ამ ჯგუფის ავადმყოფებში გულძმარვა - 37 (26,4%), ბოყინი (44 - 31,20%) (141 ავადმყოფიდან).

რაც შეეხება კუჭის წვენის სერეციის მაჩვენებლებს, ანალიზით დადგინდა, რომ იგი კორელაციურ კავშირშია პარიეტალური უჯრედების პროცენტული მოცულობის დონესთან, კერძოდ, რაც უფრო დაბალია სერეციის პარამეტრების მაჩვენებლები, მით უფრო მაღალია ფუნდალური ჭირკვლების ატროფიის ხარისხი და ნაკლები სიხშირით ვლინდება გულძმარვა.

ამგვარად, ამ ჯგუფის ავადმყოფებში ამკარად დადგინდა პარიეტალური უჯრედების და სერეციის პარამეტრების შემცირების ფონზე გულძმარვის ეპიზოდების სიხშირის შემცირებაც.

რაც შეეხება მეორე ჯგუფის ავადმყოფებს ქრონიკული გასტრიტი და ფუნდალური ჭირკვლების ჰიპერპლაზია 31-(18,2%) პაციენტიდან, მათ შორის გამოვყავით ორი ქვეჯგუფი, პირველ ქვეჯგუფში გავაერთიანეთ 17 პაციენტი (54,8%) ქრონიკული გასტრიტით

და ფუნდალური ჯირკვლების ჰიპერპლაზიით, ხოლო მეორე ქვეჯგუფში გავაერთიანეთ 14-45% პაციენტი ანტრალური იზოლირებული გასტრიტით და ფუნდალური ჯირკვლების ჰიპერპლაზიით. პირველ ქვეჯგუფში გულძმარვა დადგინდა - 8 (25,8%), ბოყინი - 12 (38,7%), მეორე ქვეჯგუფში გულძმარვა გამოვლინდა - 10 (32,2%), ბოყინი - 2 (6,5%), საერთო ჯამში მეორე ჯგუფის პაციენტებს 31 ავადმყოფიდან გულძმარვა დაუდგინდა - 18 (58,06%), ბოყინი - 12 (38,7%).

ამგვარად, ამ ჯგუფში პარიეტალური უჯრედების პროცენტული რაოდენობის გაზრდა და კუჭის სეკრეციის პარამეტრების მაჩვენებლის მომატება მყარი საფუძველია გულძმარვის სიხშირის გაზრდისათვის.

ჩატარებული კვლევების შედეგების ანალიზის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ ქართულ პოპულაციაში გულძმარვის და ბოყინის სიმპტომები სხვადასხვა სიხშირით და ხასიათით ვლინდება ქრონიკული გასტრიტის სხვადასხვა კლინიკო-მორფოფუნქციური ფორმების დროს, კერძოდ გულძმარვის სიმპტომი ყველაზე მეტი სიხშირით გამოვლინდა ავადმყოფებში, ვისაც ჰქონდა ქრონიკული გასტრიტი და ფუნდალური ჯირკვლების ჰიპერპლაზია. 18-(58,06%) შემთხვევა, ქრონიკული პანგასტრიტით დაავადებულ ავადმყოფებთან (141-დან 37-26,4%) შედარებით, რაც ერთ-ერთ მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორად უნდა ჩაითვალოს გულძმარვის ეპიზოდების აღმოცენების საკითხში. აღნიშნული დასკვნა სრულიად ემთხვევა ლიტერატურულ მონაცემებს.

ქრონიკული პანგასტრიტის დროს, კუჭის სეკრეციის მაჩვენებლების შემცირების პარალელურად ამკარად გამოვლინდა პარიეტალური უჯრედების და გულძმარვის სიხშირის მკვეთრი შემცირება. ჯამში 141 ავადმყოფიდან გულძმარვა დაუდგინდა 37-(26,24%), ბოყინი - 44 (31,1%).

საყლაპავის ლორწოვან გარსში ენდოსკოპიურ ცვლილებებს განაპირობებს გულძმარვის სიხშირის და ხასიათის მაჩვენებლები, ასევე დუოდენო გასტროენტეროგური რეფლუქსი. ხშირი გულძმარვის დროს ენდოსკოპიური ცვლილება უფრო ინტენსიურია, ვიდრე იშვიათი გულძმარვის დროს. ფუნდალური ჯირკვლების მასალის ანალიზით ვლინდება, რომ გულძმარვის სიხშირის გაზრდაზე ჰელიკობაქტერიის გავრცელების სიხშირე მნიშვნელოვნად არ მოქმედებს.

ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ ქართულ პოპულაციაში ქრონიკული გასტრიტით დაავადებულ პირებს, როდესაც აღენიშნებათ გულძმარვა და ბოყინი, დიდი ალბათობით უნდა ვიფიქროთ, რომ მათ აქვთ ამავდროულად ქრონიკულ გასტრიტთან ერთად გერდ (კომორბიდული მდგომარეობა). აღნიშნული მდგომარეობა ართულებს დიაგნოსტიკას და მკურნალობის საკითხებს და ექიმს უქმნის პრობლემას. ასევე საჭიროა გვახსოვდეს, რომ გულძმარვის მიზეზი შეიძლება იყოს დუოდენო-გასტროენტეროგური რეფლუქსი, რომელიც ადეკვატურ მკურნალობას მოითხოვს.

პაციენტთა ანამნეზის შესწავლით გამოვლინდა, რომ ამ ჯგუფის ავადმყოფებში უმრავლეს შემთხვევაში არ ჰქონდათ ჩატარებული დროული დიაგნოსტიკა და სათანადო მკურნალობა, ბოლო ერთი წლის განმავლობაში, რამაც განაპირობა დაავადების მძიმედ მიმდინარეობა, ასევე შრომის უნარის დაქვეითება და ცხოვრების ხარისხის მკვეთრი დაქვეითება.

ამგვარად, ჩვენს მიერ დადგენილი მონაცემები გულძმარვის ეპიზოდების გავრცელების თაობაზე სრულად ემთხვევა ევროპის და ამერიკის კლინიკური კვლევების მონაცემებს [25, 26, 27, 29].

დასკვნები:

1. ქართულ პოპულაციაში ქრონიკული გასტრიტის სხვადასხვა კლინიკო-მორფოლოგიური ფორმების მქონე პირები, როდესაც უჩივიან სხვადასხვა სიხშირით ისეთ დისპეპსიურ ჩივილებს, როგორცაა გულძმარვა და ბოყინი და სხვა, დიდი

ალბათობით უნდა ვიფიქროთ, რომ მათ აქვთ ამავედროულად ქრონიკულ გასტრიტთან ერთად გერდ-ი (კომორბიდული მდგომარეობა).

- ქართულ პოპულაციაში კლინიკო-მორფოლოგიური სურათის ხასიათის ანალიზის მიხედვით დადგინდა ქრონიკული გასტრიტის ორი ფორმა, პირველი ფორმა გამოვლინდა 172 ავადმყოფიდან 141 (81,97%) შემთხვევაში (ქრონიკული პანგასტრიტი სხვადასხვა სიმძიმის ხარისხით), ხოლო მეორე ფორმა – 172 შემთხვევიდან 31 (18,02%) დაუდგინდა ქრონიკული გასტრიტი და ფუნდალური ჯირკვლების ჰიპერპლაზია.
- ქრონიკული გასტრიტის 172 შემთხვევიდან 31-(18,1%) დაუდგინდა გულძმარვა, ხოლო ბოყინი - 52 (30,23%), პანგასტრიტის მქონე 141 ადამიანიდან გულძმარვა დაუდგინდა 37 (26,4%), ბოყინი - 44 (31,2%) ქრონიკულ გასტრიტის და ფუნდალური ჯირკვლების ჰიპერპლაზიის მქონე 31 ავადმყოფიდან გულძმარვა დაუდგინდა 18 (58,06%) პაციენტს, ბოყინი - 12 (38,7%).
- ქრონიკული პანგასტრიტით დაავადებულ 141 ავადმყოფს შორის მისი სიმძიმის გათვალისწინებით გულძმარვა და ბოყინი შემდეგ ხასიათს ატარებს: ზერეღე პანგასტრიტის დროს – გულძმარვა დადგინდა 43 შემთხვევიდან 14 (32,55%), ბოყინი - 10 (23,2%). მსუბუქი ატროფიულ პანგასტრიტის დროს გულძმარვა დადგინდა 22 შემთხვევიდან 8 (36,37%) – შემთხვევაში, ბოყინი - 9 (40,9%). ზომიერი ატროფიული პანგასტრიტის დროს გულძმარვა დადგინდა 22 შემთხვევიდან 14 (63,63%) შემთხვევაში, ბოყინი - 18 (81,81%). გამოხატული ატროფიული პანგასტრიტის დროს გულძმარვა დადგინდა 32 პაციენტთა შორის 1 (3,13%) შემთხვევაში ბოყინი 7 (21,8%) შემთხვევაში. საყლაპავის ლორწოვან გარსში ენდოსკოპიური ცვლილებების ხასიათს და სიმძიმეს განაპირობებს გულძმარვის ეპიზოდების სიხშირე, ინტენსივობა და მოქმედების ხანგრძლივობა, ასევე დუოდენოფოთაგოგასტრალური რეფლუქსი. საყლაპავის ლორწოვანის გარსის დაზიანების ხარისხი გულძმარვის ხშირ შემთხვევებში უფრო მეტია, ვიდრე იშვიათი გულძმარვის დროს.
- მასალის ანალიზით დადგინდა, რომ პაციენტებს, ვისაც აქვს ქრონიკული გასტრიტი და ფუნდალური ჯირკვლების ჰიპერპლაზია, უფრო ხშირად აღენიშნებათ გულძმარვის ეპიზოდები, ვიდრე პაციენტებს პანგასტრიტით. ამიტომ პანგასტრიტის ქრონიკული გასტრიტის ეს ფორმა წარმოადგენს მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორს გერდ-ის განვითარებაში.
- პაციენტების ანამნეზის დეტალური შესწავლით დადგინდა, რომ მათ უმრავლეს შემთხვევაში დროულად არ ჰქონდათ ჩატარებული კლინიკო-ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევები და სათანადო მკურნალობა, რამაც განაპირობა დაავადების მძიმედ მიმდინარეობა, შრომის უნარის დაქვეითება, ცხოვრების ხარისხის შეცვლა და სტაციონარში მოხვედრა.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- 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.
- ვ. გურგენიძე, ბ. რაჭველიშვილი, ა. მაჭავარიანი, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან დაავადებათა და გასტროფოთაგური რეფლუქსური დაავადების დიაგნოსტიკის და მკურნალობის თანამედროვე პრინციპები. (მეთოდური რეკომენდაციები მომზადებულია საქართველოს გასტროენტეროლოგთა და ჰეპატოლოგთა სამეცნიერო ასოციაციის მიერ, 2006წ.
- ვ. ლობჯანიძე – კუჭის წყლული. თბილისი, 1998წ. გვ. 20–21.

4. ვ. გვანცელაძე, ნ. გვანცელაძე, გულმარვისა და ბოყინის ეპიზოდები საექიმო პრაქტიკაში ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა 2021 №3, გვ. 97-103
5. Вялов С.С. Горбинская С.А. Гастроэзофагальная болезнь (ГЭРБ): Диагностика, лечения и профилактика, методические рекомендации, №338, 12/23, М.2011. с.16.
6. 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.
7. В. Гванцеладзе. Изучение обкладочных клеток в фундальных железах при хроническом гастрите, язвенной болезни 12п.кишки. Сообщ. АНГССР г. Тбилиси, 1978, №3, с.709-712.
8. В.Гванцеладзе. Клинико-морфологические формы хронического гастрита. 1988. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук.
9. Горбань Е. В. Обоснование этапной диагностики у коморбидных больных с ГЕРБ. 2020, автореферат К М Р Ставрополь
- 10.Евсютина Д.В., Трухманов А.С, Новые возможности терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни путем повышения приверженности пациентов к лечению. (РЖГГК, 2015. №2, с.4-9).
- 11.Жилина А.А. Ларева Н.В. Лузина Е.В. и др – Значение различных типов рефлюкса в формировании клинических проявлениях ГЕРБ. Эни Забайкальский вестник 2020 №4 27-32
- 12.Ивашкин В.Т. Трухманов А.С. Эволюция представления о роли нарушения двигательной функции пищевода в патогенезе ГЭРБ (РЖГГК,2012. Т.XXII, №2, с.14-21.
- 13.Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С. и др. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, клинические рекомендации (Российская Гастроэнтерологическая ассоциация,2014, Москва, 23с.
- 14.Каибишева В.О. Трухманов А.С. Сторонова О.А, и др. Морфофункциональные изменения в пищеводе при ГЭРБ в зависимости от характера рефлюктата (Клинические Перспективы Гастроэнтерологии, Гепатол. 2014, №5, с.28-36.
- 15.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.
- 16.Сторонова О.А. Трухманов А.С. Ивашкин В.Т. Роль защитных факторов слизистой оболочки пищевода в лечении ГЭРБ. (Клин. Перспек. гастроэнтерологии, гепатологии, 2014, №5, с.37-42.
- 17.Сторонова О.А. Трухманов А.С. Джахая Н.Л. Ивашкин В.Т. – нарушение пищевода клиренса при гастроэзофагеальной болезни и возможности их коррекции, РЖГГК, 2012, Т.XXII, №2, 14-21.
- 18.Симаненков В.И. Тихонов С.В. Лищюк, Симптом изжоги в свете Римских критериев IV. 30.05.2017 стр. 691-696
- 19.Трухманов А.С. Джахая Н.Д. Каибишева В.О. Новые аспекты рекомендации по лечению больных ГЭРБ. Гастроэнтерология и Гепатология, 2013 N1, С-2-9
- 20.Трухманов А.С. Каибишева В.О. Сторонова О.А. Ивашкин В.Т. Внутрпищеводное рН импедансометрия в диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Клинические Перспективы Гастроэнтерологии, Гепатология 2014. N1. с.3-12
- 21.Фишер А.Л. Поляк Р.И. О гиперплазии фундальных желез желудка. Патологическая физиология 1976, N3, с-72-83
- 22.Шептулин А. А. Каибишева В.О. Функциональная изжога и гиперчувствительность пищевода к рефлюксу РЖГГК 2017, №27 с. 13-18
- 23.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
- 24.Dent J, HolowayR.H. Touli J, Dodds Mechanisms of lower esophageal spincter incompetent patients with symptomatic gastroesophageal reflux. Ctnt. 1988, 29, 120.
- 25.Dent J, El-sereg. H.B. Wallander, Johanson S. Epidemiology of Gastroesophageal reflux disease: a systematic reviel, Gut 2005, 54,710-717
- 26.Fock K.N., pohe- gastroesophageal reflux desease. Gasroenterol. 2010, 45(8), 808-15
- 27.HolowayR.H. –The anti refluxbasics and mechanisms of Gastroesophageal reflux. 2000, 14, 687
- 28.Kahrilas P. –Clinical practice- Gastroesophageal reflux disease.N.Engl J.Med,2008, 359, 1700-7
- 29.Мояееди E, Talley N Gastroesophageal reflux disease; Lancet, 2006; 367; 2086-2100

30. Tytgat C.N.J. Treatment of peptic ulcer. Digestion 1998, vol.59, p.446-452
31. Tytgat C.N.J. et al.- New algorithm for the treatment of gastro-esophageal reflux disease. Aliment Pharmacology therapy, 2008, vol 27, p.249-256
32. 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
33. Richter J.E. Ezenderberg F.K. Gastroesophageal reflux disease. (Sandors Ecevier), 2010, 4.
34. 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 ГВАНЦЕЛАДЗЕ

**ЧАСТОТА, ХАРАКТЕРИСТИКА И ВЗАИМООТНОШЕНИЕ ЭПИЗОДОВ ИЗЖОГИ И
ОТРЫЖКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ С РАЗЛИЧНЫМИ
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ В ГРУЗИНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

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

РЕЗЮМЕ

Цель исследования было изучение в Грузинской популяции частоты и характера эпизодов изжоги и отрыжки у больных с различными формами хронического гастрита, с учетом гистоморфологических и морфометрических изменений слизистой оболочки желудка по топографическим участкам, а также с учетом показателей желудочной секреции. С этой целью обследовали 172 больных, которые поступили в нашу клинику с обострением заболевания. На основе анализа материалов мы среди этих больных выделили две формы этого заболевания, первая – хронический пангастрит различной степени тяжести (диффузный – антральный и фундальный) 141 – (81,9%) больных и вторая форма хронического гастрита с гиперплазией фундальных желез различной степени гиперплазии 31-(18,02%).

Анализ материала показал, что эпизоды изжоги выявлено чаще у больных второй формы хронический гастрит (хронический гастрит с гиперплазией фундальных желез) 31 случаев у 18-(58,06%), чем у больных первой формы хронического гастрита (хронического пангастрита) из 141 в 47-(33,33%) случаев. Что касается частоты отрыжки выявлено у больных первой формы (пангастрит) из 141 у 47-(33,33%) случаев, а при второй форме (хронический гастрит и гиперплазия фундальных желез) выявлено из 31 – у 14 – (45,16%) случаев.

Изучением анамнеза больных выявлено, что большинство больных не лечились адекватно, поскольку им вовремя не был поставлен правильный диагноз, что является важным фактором, способствующим прогрессированию заболевания, увеличения частот осложнения, а также понижению трудоспособности и ухудшении качества жизни.

**ქართულ პოპულაციაში გულძმარვის და ბოყინის ეპიზოდების სიხშირის, ხასიათის
თავისებურებები და ურთიერთკავშირი ქრონიკული გასტრიტის სხვადასხვა კლინიკო-
მორფოლოგიური ფორმების დროს**

*ქ.თბილისის მე-4 კლინიკური საავადმყოფოს თერაპიული განყოფილება;
თსსუ N5 შინაგან სნეულებათა დეპარტამენტი*

რეზიუმე

შრომის მიზანს წარმოადგენდა ქართულ პოპულაციაში დაგვედგინა ქრონიკული გასტრიტის სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ პაციენტებში გულძმარვის და ბოყინის ეპიზოდები, რა სიხშირით, ხასიათით, ინტენსივობით და ურთიერთკავშირით მიმდინარეობდა კუჭის ლორწოვანი გარსის ტოპოგრაფიული მიდამოს ჰისტო-მორფოლოგიური და მორფომეტრიული ცვლდებების გათვალისწინებით, ასევე კუჭის წვენის სეკრეციის პარამეტრების მაჩვენებლების მხედველობაში მიღებით. ამ მიზნით გამოვიკვლიეთ 172 პაციენტი, ქრონიკული გასტრიტით, რომლებიც შემოვიდა ჩვენ თერაპიულ განყოფილებაში დაავადების გამწვავების გამო. მასალის ანალიზით გამოიკვეთა ქრონიკული გასტრიტის ორი ძირითადი ფორმა, პირველი ქრონიკული პანგასტრიტი სხვადასხვა ხარისხის სიმძიმის (დიფუზური - ანტრალური და ფუნდალური გასტრიტი) 141-(81,9%) და მეორე - ქრონიკული გასტრიტი ფუნდალური ჯირკვლების ჰიპერპლაზიით 31-(18,02%).

მასალის ანალიზით დადგინდა, რომ გულძმარვის ეპიზოდები ქრონიკული გასტრიტის სხვადასხვა ფორმების შემთხვევებში ყველაზე მაღალი სიხშირით გამოვლინდა ავადმყოფებში, ვისაც ჰქონდათ II ფორმის (ქრონიკული გასტრიტის (ქრონიკული გასტრიტი ფუნდალური ჯირკვლების ჰიპერპლაზიით)) 31 შემთხვევიდან 18-(58,06%) შემთხვევაში, ვიდრე ქრონიკული გასტრიტის I ფორმის დროს (ქრონიკული პანგასტრიტი 141 შემთხვევიდან 47-33,33% შემთხვევაში). რაც შეეხება ბოყინის სიხშირეს ქრ. გასტრიტის I ფორმის დროს დადგინდა 141 ავადმყოფიდან 47-(33,33%), ხოლო ქრ. გასტრიტის მეორე ფორმის დროს - 31 ავადმყოფიდან 14-(45,16%) შემთხვევაში.

პაციენტების ანამნეზის შესწავლის შედეგად დადგინდა, რომ ავადმყოფთა უმრავლესობა ადეკვეტურად არ მკურნალობდა, ვინაიდან ჭეშმარიტი დიაგნოზი დროულად არ ჰქონდათ დასმული, რაც მნიშვნელოვანი ხელშემწყობი ფაქტორია დაავადების პროგრესირებისათვის, გართულებების აღმოცენებისათვის და გულძმარვის ეპიზოდების გახშირებისათვის, შრომის უნარის დაქვეითებისათვის და ცხოვრების ხარისხის გაუარესებისათვის.

