

საქართველოში კუჭისა და 12-გოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების განვითარების ძირითადი ასპექტები და კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები

ირაკლი ხმაღამე, რუსუდან კვანჭახამე, ქეთევან მირზიაშვილი
საქართველოს დავით აღმაშენებლის უნივერსიტეტი

DOI: <https://doi.org/10.52340/spectri.2023.08.02.09>

წყლული არის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ქრონიკული დაავადება (გარდა ნაწლავის მწვავე ინფექციებისა და ისეთი შხამით მოწამვლისა, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის წყლული), რომელიც ვლინდება ლორწოვან გარსზე წყლულოვანი დეფექტების გამოვლენით. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პეპტიური წყლული ჩვეულებრივ ვითარდება შედარებით აქტიურ, შემოქმედებით ასაკში და იწვევს შრომისუნარიანობის დროებით მუდმივ დაქვეითებას. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების, მათ შორის კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პეპტიური წყლულის სიხშირე საქართველოში ყოველთვის იზრდება სპეციალისტების ყურადღებას, რადგან მათ განვითარებაში სხვა ფაქტორებთან ერთად დიდი როლი ითამაშა ჩვენმა ცხოვრების წესმა და კვებამ. ბოლო დროს აშკარად შეიმჩნევა არასასურველი ტენდენცია – ამ პათოლოგიის განვითარება მცირე ასაკში და თქვენ წარმოიდგინეთ, თუნდაც ბავშვობაში, რაც ადრე იშვიათობა იყო. შესაძლოა, ეს ისევ და ისევ არასწორი ცხოვრების წესსა და დიეტას უნდა მივაწეროთ. ამ სტატიაში ასევე წარმოდგენილია ძირითადი ეპიდემიოლოგიური და კლინიკური მახასიათებლები პეპტიური წყლულის მქონე პაციენტებში, რომლებსაც აკვირდებოდნენ და მკურნალობდნენ ჩვენს კლინიკაში რამდენიმე წელი

The main aspects of the development and clinical-epidemiological features among the patients with gastric or duodenal peptic ulcer in Georgia

Irakli Khmaladze, Rusudan Kvanchakhadze, Ketevan Mirziashvili

Abstract

An ulcer is a chronic disease of the gastrointestinal tract (except for acute intestinal infections and poisoning with such a poison that can cause an ulcer of the gastrointestinal tract), manifested by the appearance of ulcerative defects on the mucous membrane. Peptic ulcer of the stomach and duodenum usually develops at a relatively active, creative age and causes a temporary or permanent decrease in working capacity. The frequency of diseases of the gastrointestinal tracts, including peptic ulcer of the stomach and duodenum, in Georgia has always attracted the attention of specialists because in their development, along with other factors, our lifestyle and diet played a big role. Recently, an undesirable trend has been clearly observed – the development of this pathology at a young age and you guessed it, even in childhood, which used to be a rarity. In my opinion, this should be attributed again and again to the wrong lifestyle and diet. This article also presents main epidemiological and clinical features among the patients with the peptic ulcer who have been observed and treated in our clinic for several years.

როგორც ცნობილია, კაცობრიობის განვითარებასთან ერთად მატულობს ან იკლებს ამა თუ იმ პათოლოგიათა განვითარების სიხშირე, რადგან იცვლება როგორც გარემო პირობები, ასევე ცხოვრების წესიც. რაღა თქმა უნდა კუჭ-ნაწლავის პათოლოგიების წინა პლანზე წამოწევას ამანაც გარკვეულწილად შეუწყო ხელი. მხედველობაში მაქვს არარაციონალური კვების რეჟიმი, კერძოდ, განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს სწრაფი კვების ობიექტების პროდუქციის ყოველდღიურ საკვებ რაციონში აქტიური გამოყენება, სტრესული ცხოვრების წესი, ალკოჰოლისა და თამბაქოს წევის მავნე ზემოქმედება, სრულფასოვანი ძილის რეჟიმის დარღვევა და მრავალი სხვა გარემოება, რომელიც კუჭ-ნაწლავის წყლულოვან დაავადებათა განვითარების მნიშვნელოვან რისკ-ფაქტორად გვევლინება.

საინტერესოა ის ფაქტიც, რომ პათოლოგია ძალზე გაახალგაზრდავდა და საკმაოდ ხშირად არა მხოლოდ ახალგაზრდებში, არამედ მცირეწლოვან ბავშვებშიც კი გვხვდება, რაც ჩემი აზრით უპირველესად არასრულფასოვანი და არასწორი კვების შედეგს წარმოადგენს.

რაც შეეხება დაავადების განვითარების ეპიდემიოლოგიურ თავისებურებებს, უნდა აღინიშნოს, რომ კუჭისა და 12-გოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების უმეტესი ნაწილი გარდა თბილისის მოსახლეობისა, ძირითადად დასავლეთის ქალაქებისა და სოფლების მოსახლეობაზე მოდის, რაც სავარაუდოდ, სპეციფიურ საკვებ რაციონს (ცხარე, სანელებლიანი და ნიგვზიანი საკვები) უკავშირდება. განსაკუთრებით ამ მხრივ გამოირჩევიან სამეგრელოსა და გურიის რეგიონები.

წყლულოვანი დაავადებას მეტწილად ქრონიკული მიმდინარეობა ახასიათებს და როგორც მისი დასახელებიდან ჩანს, ამ დროს კუჭისა და/ან 12-გოჯა ნაწლავის ლორწოვან გარსზე წყლულოვანი დეფექტების განვითარება ხდება. უნდა აღინიშნოს, რომ ლორწოვანზე წყლულოვანი დეფექტის დიამეტრი უნდა აღემატებოდეს 5 მმ-ს, წინააღმდეგ შემთხვევაში ამგვარ დაზიანებას ეროზია ეწოდება. არსებობს ასევე გიგანტური ზომის წყლულები, რომელიც ძირითადად კუჭში ვითარდება და ხშირად ვულკანური კრატერის ფორმა გააჩნია.

დაავადების კლინიკური გამწვავების ანუ რეციდივების განვითარების მეტი ნაწილი ძირითადად ადრე გაზაფხულსა და გვიან შემოდგომაზე მოდის.

წყლულოვანი დეფექტები მეტწილად კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავის პროქსიმულ ნაწილში ვითარდება, შედარებით იშვიათად - საყლაპავის დისტალურ ნაწილში. საინტერესოა ის ფაქტიც, რომ თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული კუჭის წყლულზე უფრო ხშირად ვითარდება. ამავდროულად, 20-დან 50 წლამდე ასაკში უფრო ხშირია მამაკაცებში, ვიდრე ქალთა შორის, თუმცა მენოპაუზის შემდეგ ეს სხვაობა უმნიშვნელო ხდება. როგორც ავღნიშნეთ, დაავადება ძირითადად ქრონიკულად მიმდინარეობს და ხასიათდება ხშირი რეციდივების არსებობით, რომლებიც, წესისამებრ, ადრე გაზაფხულსა და გვიან შემოდგომაზე ვლინდება. აქვე უნდა ითქვას, რომ წყლულოვანი დაზიანება ლორწოვანის გაცილებით ღრმა დეფექტს წარმოადგენს და კუნთოვან შრემდე ვრცელდება. შეიძლება ითქვას, რომ ეროზიული დაზიანება პრაქტიკულად წყლულის განვითარების საწყის ეტაპს წარმოადგენს.

როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ, წყლულოვანი დაავადების განვითარების ხელშემწყობად მრავალი ფაქტორი შეიძლება, რომ განვიხილოთ, კერძოდ, უპირველესად *Helicobacter pylori* და

მედიკამენტური (ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებებით არარაციონალური თერაპია), ასევე კუჭის ლორწოვანის დაცვითი ფუნქციის შემცირების ფონზე მარილმჟავასა და პეპსინის ზემოქმედება, ერთ-ერთი მეტად მნიშვნელოვანი ფაქტორი - თამბაქოს წვევის მავნე ჩვევა, რადგან ნიკოტინისა და სხვა ე. ტოქსური ნივთიერებების პანკრეასზე ზემოქმედების გამო ბიკარბონატების წარმოქმნა ანუ ზედმეტი მჟავის ნეიტრალიზაცია ჯეროვნად ვეღარ ხორციელდება, სხვადასხვა მუკოტროპული ვირუსული ინფექციები (ჰერპესვირუსები, ციტომეგალოვირუსი), სტრესი, საკვების მიღების არასწორი რეჟიმი და რაციონი, ალკოჰოლის ხშირი და ჭარბი რაოდენობით მიღება, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების განვითარებისადმი გენეტიკური მიდრეკილება.

ჩვენს მიერ გატარებულ პაციენტებში დაავადების უპირველესად გულმძარვით იწყებოდა. შემდგომ მას სხვა სიმპტომები ემატებოდა, კერძოდ: ეპიგასტრიუმის არეში განვითარებული ტკივილი, რომელიც საკვების მიღებიდან 5-15 წუთში ვითარდებოდა, ასევე, ბოყინი, მუცლის შებერილობა, ზოგჯერ - ყაბზობაც.

რაც შეეხება თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან დაზიანებას, იგი კუჭის წყლულისაგან განსხვავებით უპრველესად მუცლის არეში რითმული ტკივილით ხასიათდებოდა. საინტერესოა ის ფაქტიც, რომ საჭმლის ან ანტაციდების მიღების შემდეგ აღნიშნული სიმპტომი ქრებოდა. ტკივილი ძირითადად უზმოზე (ე.წ. მშიერი ტკივილი) და ჭამიდან 1,5-4 საათის შემდეგ ისევ ვითარდებოდა. ასევე უნდა აღინიშნოს ე. წ ღამის ტკივილი, რომელიც და ძირითადად ღამის 1-დან 3 საათამდე ჩნდებოდა და პაციენტს აღვიძებდა. ასევე მნიშვნელოვანია აღმოცენებული ტკივილის ირადიაცია მარჯვენა ფერდქვეშ ან ზურგის არეში.

არ შეიძლება არ ავლნიშნოთ, რომ დაავადება ხასიათდება პერიოდული გამწვავებებით, რომლის ძირითად სიმპტომს ტკივილი წარმოადგენს, რომელიც სხვადასხვა ინტერვალით (2-3 კვირის ან თვის) ჩნდება. საინტერესოა ის ფაქტიც, რომ რემისიაც შესაძლოა განსხვავებული იყოს. დაფიქსირდა რამდენიმე წლის ხანგრძლივობის რემისიაც კი.

თუ წყლულოვანი დაავადების ტკივილის დეტალიზაციას გავაკეთებთ, შეიძლება ითქვას, რომ კუჭის წყლულოვანი დაავადების დროს ე.წ. მშიერ კუჭზე ტკივილის ინტენსივობა მეტწილად უმნიშვნელო ან ზოგჯერ საერთოდ არ იყო, იგი ძირითადად ჭამიდან 5-15 წუთის შემდეგ

აღმოცენდებოდა და კუჭის შეგთავსის თორმეტგოჯა ნაწლავში გადასვლამდე ან ღებინებამდე გრძელდებოდა. სწორედ ამიტომ პაციენტთა უმეტესობა ამ დროს ტკივილის შიშით საკვების მიღებას თავს არიდებდა, რაც სხეულის მასის კლების მიზეზად გვევლინებოდა. თუ ტკივილი ღამის საათებშიც ჩნდებოდა ეს ძირითადად 12-გოჯა ნაწლავში პარალელურად განვითარებულ წყლულწარმოქმნელ პათოლოგიურ პროცესზე მიუთითებდა.

საკვების მიღების შედეგად ტკივილი შემცირება და/ან გაქრობა საკვებისა და ანტაციდური პრეპარატების მიღების შედეგად განპირობებულია კუჭის წვენიში შემავალი მარილმჟავას ნეიტრალიზაციით, თუმცა ამასთანავე უნდა ითქვას, რომ კვება გასტრინის სეკრეციას უწყობს ხელს, რაც თავის მხრივ კუჭის სეკრეციას აძლიერებს. კუჭში არსებული საკვების ევაკუაციის შემდეგ კუჭის წვენისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის PH საგრძნობლად იკლებს, რაც ტკივილის ხელახალი განვითარების მიზეზად გვევლინება. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების შემთხვევაში მარილმჟავათი განპირობებულ ტკივილის მიზეზს ქემორეცეპტორების გაღიზიანება ან პერისტალტიკური ცვლილებები წარმოადგენს.

აუცილებლად უნდა აღინიშნოს, რომ თუ არ მოხდა წყლულოვანი დაავადების დროული და ადექვატური მკურნალობა, არსებობს მძიმე გართულებების განვითარების საკმაოდ სერიოზული რისკი, რომლებიც შესაძლოა ადამიანის სიცოცხლესთან შეუთავსებელი აღმოჩნდეს. მხედველობაში მაქვს სისხლდენა, პერფორაცია, პენეტრაცია, მალიგნიზაცია და ა.შ.

წყლულოვანი დეფექტიდან სისხლდენა ხასიათდება ძლიერი საერთო სისუსტით, ცივი ოფლით, ტაქიკარდიით, ღებინებით (ყავისფერი მასებით), მელენათი და რა თქმა უნდა მკვეთრი ანემიით.

ტკივილის სტერეოტიპის შეცვლა მეტწილად გართულებათა განვითარებაზე მიუთითებს. ძლიერი, ხანჯლის ჩარტყმის მსგავსი უეცარი ტკივილი, რომელიც მთელ მუცელს მოიცავს, ხშირად წყლულის პერფორაციაზე ანუ მის გახეთქვაზე მიუთითებს. ამ დროს კუჭის შიგთავსი მუცლის ღრუში ჩაიღვრება, რაც თავის მხრივ პერიტონიტის მიზეზად იქცევა. წყლულის პერფორაციის დროს ტკივილს შესაძლოა დაერთოს მუცლის შებერილობა, ენის სიმშრალე, სხეულის ტემპერატურის მატება, ტაქიკარდია. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულმა შესაძლოა პილორუსის მიდამოს შევიწროება (პილოროსტენოზი) გამოიწვიოს, რაც კლინიკურად გულისრევით ან წინა დღეებში მიღებული საკვების ამოღებით ვლინდება. ტკივილისა და დისკომფორტის მოსახსნელად ავადმყოფები ხშირად ხელოვნურად იწვევენ. მეზობელ ორგანოებში

პენეტრაცია (ღვიძლში, პანკრეასში, სანაღვლე გზებში ჩაზრდა) თანდათანობით ყალიბდება. ტკივილის სტერეოტიპი იცვლება - იგი აღარ არის რიტმული და მუდმივი ხასიათისაა, მოგვიანებით კიდევ სხვა გართულების სახით შესაძლოა განვითარდეს პანკრეატიტი ან ქოლანგიტი. პერფორაციაც და პენეტრაციაც ინტენსიურ მკურნალობას საჭიროებენ, ზოგჯერ კი - ქირურგიული ჩარევაც აუცილებელი ხდება.

დიაგნოზი: წყლულოვანი დაავადების დიაგნოზის დასმის მიზნით შემუშავებული მეთოდებიდან ოქროს სტანდარტს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ენდოსკოპიური გამოკვლევა წარმოადგენს. რენტგენოლოგიურ და სხვა გამოკვლევებთან შედარებით ენდოსკოპიური გამოკვლევის მნიშვნელოვანი უპირატესობა ისიც არის, რომ შესაძლებელია არა მხოლოდ წყლულის გამოვლენა, არამედ ბიოფსიის ჩატარება, PH-ის განსაზღვრა, ასევე - ადგილობრივი მკურნალობა და ჩატარებული მკურნალობის ეფექტის შეფასება. ასევე დიაგნოსტიკის მიზნით გამოიყენება რენტგენოლოგიური კვლევა ორმაგი კონტრასტირებით. რენტგენოგრამაზე წყლულის კრატერის მსგავსი ჩაღრმავების სახით მოჩანს.

ძალზე მნიშვნელოვანია ამავდროულად დაავადების ეტიოლოგიური ფაქტორის განსაზღვრა, კერძოდ, *H.pylori*-ს დეტექციას, რისთვისაც მრავალი მეთოდი არსებობს, როგორც ინვაზიური, ასევე არაინვაზიური.

დასკვნის სახით, უნდა ითქვას, რომ საქართველოში საკმაოდ ხშირია პაციენტების მხრივ ზერელე და არასერიოზული დამოკიდებულება არა მხოლოდ ზემოაღნიშნული პათოლოგიების, არამედ ზოგადად კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგიების მიმართ, რაც სამედიცინო დაწესებულებებში დაგვიანებული მიმართვიანობისა და გართულებათა რიცხვის მკვეთრი ზრდის მიზეზად გვევლინება, ასევე ხშირია თვითმკურნალობის შემთხვევებიც რაც მძიმე, ზოგჯერ სიცოცხლესთან შეუთავსებელი გართულებების განვითარების მიზეზადაც გვევლინება.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Beswick EJ, Suarez G, Reyes VE. H pylori and host interactions that influence pathogenesis. World journal of gastroenterology: WJG. 2006 Sep 9;12(35):5599.

2. Chan FK, Chung SS, Suen BY, Lee YT, Leung WK, Leung VK, Wu JC, Lau JY, Hui Y, Lai MS, Chan HL. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with *Helicobacter pylori* infection who are taking low-dose aspirin or naproxen. *New England journal of medicine*. 2001 Mar 29;344(13):967-73.
3. Chan FK, Talley NJ. Peptic ulcer disease. *Practical Gastroenterology and Hepatology Board Review Toolkit*. 2016 Sep 2:115-20.
4. Cover TL. *Helicobacter pylori* diversity and gastric cancer risk. *MBio*. 2016 Mar 2;7(1):10-128.
5. Laine L. Approaches to nonsteroidal anti-inflammatory drug use in the high-risk patient. *Gastroenterology*. 2001 Feb 1;120(3):594-606.
6. Leong RW. Differences in peptic ulcer between the East and the West. *Gastroenterology Clinics*. 2009 Jun 1;38(2):363-79.
7. McColl KE. *Helicobacter pylori*-negative nonsteroidal anti-inflammatory drug-negative ulcer. *Gastroenterology Clinics of North America*. 2009 Jun 1;38(2):353-61.
8. Moayyedi P, Deeks J, Talley NJ, Delaney B, Forman D. An update of the Cochrane systematic review of *Helicobacter pylori* eradication therapy in nonulcer dyspepsia: resolving the discrepancy between systematic reviews. *The American journal of gastroenterology*. 2003 Dec 1;98(12):2621-6.
9. Napolitano L. Refractory peptic ulcer disease. *Gastroenterology Clinics*. 2009 Jun 1;38(2):267-88.
 Vilaichone RK, Mahachai V, Graham DY. *Helicobacter pylori* diagnosis and management. *Gastroenterology Clinics*. 2006 Jun 1;35(2):229-47.