

Dina O. Karibaeva,
MD, docent;

Dinara I. Kupensheeva,
assistant;

Symbat M. Uteeva,
intern;

Samal D. Aitbaeva,
intern;

Zhuldyzai S. Alieva,
intern;

Zhamilla S. Egizekova,
intern;

Akmaral S. Nurmaganbetova,
intern;

Sania S. Nusupova,
intern;

Daniar V. Orynbaev,
intern;

Alisa M. Umaeva,
intern,
KazNMU n.a. S.D. Asfendiyarov;
Kazakhstan

Analysis of Clinical Manifestations and Changes in Laboratory Parameters in Patients with Gastritis and Gastroduodenitis Outpatient

Key words: *Helicobacter pylori, gastritis.*

Annotation: *The relevance of this article is not in doubt, because in Kazakhstan today mainly among gastroenterological diseases affect people of working age and socially active and reproductive age. Therefore, along with early detection, diagnosis and treatment, an important role is played by risk factors that affect the development of gastro pathology. Previously identified, and clinical examination of the treatment reduces the spread of the disease.*

Актуальность: Гастрит и гастродуоденит являются одной из наиболее актуальных проблем в современной гастроэнтерологии. В последние годы получены данные, указывающие, что патологический процесс не ограничивается только желудком, но и захватывает и двенадцатиперстную кишку, что подтверждает обоснованность использования термина «гастродуоденит». Практически половина населения Земли страдает заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Статистика убедительно показывает, в структуре желудочно-кишечных заболеваний гастрит составляет более 80%. Самая распространенная причина возникновения гастрита и гастродуоденита - неправильный режим питания: поспешная еда, не разжеванная пища или еда всухомятку; употребление слишком горячей или слишком холодной пищи; употребление в пищу пикантных блюд (преимущественно острой и очень соленой пищи). Чаще всего заболевания развиваются у людей, находящихся в состоянии нервно-психического напряжения, пренебрегающих здоровым питанием, злоупотребляющих алкоголем и курением. В многих странах, где ведется статистика по разным формам гастрит имеет 80-90 % больных от всех заболеваний ЖКТ. Наиболее опасная форма гастрита, относящаяся к так называемым "предраковым состояниям" - атрофический гастрит обнаруживается у пациентов моложе 30 лет в 5 % случаев, у пациентов в возрасте от 31 до 50 лет - в 30 % случаев, у пациентов старше 50 лет - в 50-70 % случаев.

В нашей стране с высокой фоновой заболеваемостью, распространенность заболеваний гастритом и гастродуоденитом в настоящее время превышает 800 на 1000 взрослого населения. При этом она неизменно занимает 3 ранговые места в общей структуре заболеваемости. Среди причинно-значимых факторов возникновения гастрита и гастродуоденита отдается предпочтение инфекции *Helicobacter pylori* (HP). Однако немаловажное значение могут иметь и другие факторы: высокая частота нейровегетативных и психоэмоциональных отклонений, метеотропно-адаптационных нарушений, особенно выраженных в периоды физиологических вытяжений, генетические особенности человека, состояние иммунной системы, кислотовыделительная функция желудка, алиментарные факторы (3), (4). Установление этиологической роли в развитии гастрита и гастродуоденита имеет большое значение в проведении в надлежащем объеме профилактические и лечебные мероприятия, что послужит снижению ранней инвалидности взрослого населения. Диагностика гастрита и гастродуоденита основывается на комплексном анализе анамнестических и клинических данных, результатах лабораторных и функциональных методов исследования. Применявшиеся у взрослых биохимические, рентгенологические, некоторые инструментальные, в частности дуоденальные и желудочное зондирование, методы не позволяли с высокой степенью достоверности различать на ранних этапах заболевания различных органов системы пищеварения, осуществлять дифференциальную диагностику (1).

Согласно протоколам (стандартов) диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний (Приказ МЗ РК от 26 декабря 2012 года №885) пациенты, страдающие гастритом и гастродуоденитом осматриваются 2 раза в год. Во время

диспансеризации проводится контроль за состоянием пациента; при появлении признаков прогрессирования решается вопрос о госпитализации (2).

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия: 1. Рекомендации по навыкам здорового образа жизни. Диета №1; 2. Коррекция факторов риска. 3. Терапия по основным и сопутствующим заболеваниям. 4. Отказ от курения, приёма алкоголя, наркотиков. 5. Сбалансированное питание, 4-5 раз в день. 6. Дополнительная эрадикационная терапия. Критерии эффективности диспансеризации и перевода с одной диспансерной группы в другую: улучшение или стабилизация клинических, лабораторных, инструментальных показателей. Снижение длительности нетрудоспособного периода. Отсутствие НР-инфекции в слизистой желудка. Перевод из одной «Д» группы в другую возможен при стойкой стабильности в течении 3 лет. Сроки наблюдения и индикаторы снятия с учета: снятие с учета через 3 года, при отсутствии обострений (2).

Цель: изучение клинико-лабораторных и анамнестических данных у больных гастритом и гастродуоденитом.

Место исследования: ГККП на ПХВ «Городская поликлиника №20» г. Алматы

Материалы и методы исследования: были проанализированы амбулаторные карты 4275 пациентов, состоящих на диспансерном учете у терапевта в поликлинике после перенесенного гастрита и гастродуоденита.

Среди пациентов преобладали женщины – 2501 человек (58,5%), мужчин – 1774 (41,5%), средний возраст составил 20 ± 10 лет.

Наиболее частыми жалобами при обострении гастрита и хронического гастродуоденита были: боли в животе (3357 человек, 79 %), тошнота (2114 человек, 50 %), эпизодическая рвота (2921 человек, 68,3 %), отрыжка (2881 человек, 67,3 %), изжога (3117 человек, 73 %).

При постановке на диспансерный учет пациентов основными жалобами были диспепсические проявления (тошнота, отрыжка кислым), нарушения аппетита (пациенты не могут есть пищу кусочками, жаренную пищу). Из диспептических изменений наиболее часто были жалобы тошнота (69 %) и отрыжка кислым (31 %). Дисфункция кишечника проявлялась повышенным газообразованием и неустойчивым стулом (62 %), а также склонностью к запорам (38 %).

У 2899 (67,8%) пациентов родственники имели заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

При обработке амбулаторных карт чаще всего встречался поверхностный гастрит (88% случаев), чем гастродуоденит.

При проведении иммуноферментного анализа крови *Helicobacter pylori* (НР) определялся у 71,9% больных.

По данным фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) эрозивный гастрит выявился – у 35,9% пациентов, кровотечение из желудка – у 10% (пациенты были отправлены на стационарное лечение), атрофический гастрит - у 25% больных, у 36,9% больных – гипертрофический гастрит, у 38,1% – поверхностный гастрит.

При анализе лабораторных показателей повышение гемоглобина выявилось у 2925 человек (68,4%), повышение эритроцитов – у 3073 человек (72%), снижение лейкоцитов 2007 человек (47%), снижение тромбоцитов – у 2273 человек (53,2%), сниженное СОЭ – у 1422 человек (33,3%).

При диспансеризации пациентов было проведено лечение прокинетики, преимущественно антагонистами допамина, антипепетические препараты, эрадикационная терапия. В школе здоровья по гастритам и гастродуоденитам, пациентом было даны рекомендации по диете, по распространению *Helicobacterpylori*, как улучшить качества жизни.

Клинико-эндоскопическая ремиссия достигнута у 3136 пациентов проведенных лечение с прокинетики, антагонистами допамина, антипепетические препараты, эрадикационная терапия из 4275 человек (73,3 %). У остальных пациентов, принимавших обволакивающие препараты 26,7 % отмечалось улучшение.

Выводы:

1. Частота выявления гастрита и гастродуоденита больше у женщин - 58,5%, чем у мужчин.
2. Чаще страдают гастритом и гастродуоденитом лица молодого возраста (20 ±10лет).
3. При диспансеризации у пациентов с гастритом и гастродуоденитом *Helicobacterpylori* (HP) у 71,9%
4. При фиброгастроэндоскопии у пациентов наиболее чаще встречается гастрит, чем гастродуоденит
5. После проведения лечения, включающего прокинетики, антагонисты допамина, антипепетические препараты, эрадикационную терапию, улучшились клинико – лабораторные показатели.

References:

1. *Protocols (standards) of clinical examination patients with chronic diseases MoH № 885 from 26.12.2012.*
2. *Protocols of diagnosis and treatment MoH number 239 of 07.04.2010.*
3. *Rapoport SI. Gastritis (Handbook for Physicians). Moscow: ID "Medical practice - M"; 2010; 20 p.*
4. *Smoleva EV. Therapy course of primary health care. Ed. 7th, ext. Rostov n / D: Phoenix; 2008; 652 p.*

5. Minushkin O., Zverkov IV. *Chronic gastritis: Attending Physician: magazine: "Open Systems". 2003; № 05.*
6. Shabalov NP. *Acute gastritis. In: Childhood diseases. Chapter 10. Diseases of the digestive system in older children: Textbook for high schools. 6th ed. T.1. St. Peterburg; 2010; 928 p. ISBN 978-5-459-00609-4, ISBN 978-5-459-00608-7.*
7. <http://www.budemzdorovi.info>
8. <http://wikipedia.org/wiki/Гастрит>