***УДК* 616.33-002.44-006.6 (07)**

А.Т. БАРМАГАМБЕТОВА
КГП на ПХВ Атырауская городская поликлиника №3
г.Атырау

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРИТА И УРОВЕНЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РК

Гастрит - это одно из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта, которым страдает около 50% населения нашей страны. Болезни органов пищеварения имеют тенденцию к незначительной убыли в течении последних лет. В структуре общей заболеваемости болезни органов пищеварения занимают третье место после системы кровообращения.
Ключевые слова: *пищеварительная система, гастрит, тошнота, рвота, желудочно-кишечный тракт.*

Гастри́т - собирательное понятие, используемое для обозначения различных по происхождению и течению воспалительных и дистрофических изменений слизистой оболочки желудка. В зависимости от интенсивности и длительности действия поражающих факторов, патологический процесс может быть острым, протекающим преимущественно с воспалительными изменениями, или хроническим-сопровождающимся структурной перестройкой и прогрессирующей атрофией слизистой оболочки. Соответственно выделяют две основные формы: острый и хронический гастрит. Почти во многих странах мира хронический гастрит фиксируется у 80-90 % населения, при этом, 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 [1] .

Острым гастритом (ОГ) называют острое воспаление слизистой оболочки желудка, вызванное разовым воздействием сильных раздражителей. Острый гастрит часто развивается вследствие попадания в желудок химических раздражающих веществ, приёма некоторых лекарств, употребления некачественной и заражённой болезнетворными микроорганизмами пищи. В зависимости от клинических проявлений и характера повреждения слизистой оболочки желудка рассматривают следующие типы острого гастрита: катаральный, фибринозный, коррозивный и флегмонозный:

Катаральный гастрит является чаще всего следствием пищевых отравлений и неправильного питания

Фибринозный гастрит возникает при отравлении кислотами, сулемой или при тяжёлых инфекционных заболеваниях.

Коррозийный гастрит возникает из-за попадания в желудок концентрированных кислот или щёлочей, солей тяжёлых металлов. Коррозийный гастрит характеризуется некротическими изменениями тканей желудка.

Причины флегмонозного гастрита - травмы и осложнения после язвенной болезни или рака желудка, некоторых инфекционных болезней. Характеризуется гнойным расплавлением стенки желудка и распространением гноя по подслизистому слою [2].

Главным при лечении острого гастрита является устранение причин его возникновения. Для очищения желудка больному дают выпить 2-3 стакана теплой воды и вызывают рвоту. При токсикоинфекционных или химических отравлениях в первые часы промывают желудок тёплой водой, используя для этого толстый желудочный зонд. Промывание проводится до чистых вод. В течение первых суток пища не принимается, назначается тёплое дробное питьё или водно-чайная диета. Затем диету постепенно расширяют, придерживаясь принципа механического, термического и химического щажения. Постепенно включают в рацион слизистые супы, жидкие протертые каши, кисели, фруктовые желе, яйцо всмятку, сухари из белой муки.

Для устранения болей принимают спазмолитики, холинолитики, антациды. Рекомендуется приём энтеросорбентов (смекта и другие). При рвоте назначают прокинетики. При остром токсикоинфекционном гастрите — антибиотики (аминогликозиды, фторхинолоны, бисептол и другие). При тяжёлом остром гастрите для коррекции водно-электролитных нарушений вводят парентерально раствор глюкозы, физиологический раствор, препараты калия.

Хронический гастрит (ХГ) - длительно текущее рецидивирующее воспалительное поражение слизистой оболочки желудка, протекающее с её структурной перестройкой и нарушением функций желудка. Хронический гастрит часто развивается бессимптомно.

Выделяют две основные формы хронического течения заболевания: поверхностный и атрофический гастрит. Кроме двух основных форм имеются также особые формы хронического гастрита: атрофически-гиперпластический гастрит, гипертрофический гастрит, гигантский гипертрофический гастрит, лимфоцитарный, гранулематозный, коллагеновый, эозинофильный (синоним аллергический), радиационный, инфекционный.

Появление и развитие хронического гастрита определяется воздействием на ткани желудка многих факторов. Основными внешними этиологическими факторами, способствующими возникновению ХГ, являются:

- наиболее существенный-заражённость желудка Helicobacter pylori и, в меньшей степени, другими бактериями или грибами; нарушения питания; вредные привычки: алкоголизм и курение, длительный приём лекарств, раздражающих слизистую оболочку желудка; воздействие на слизистую радиации и химических веществ; паразитарные инвазии; хронический стресс.

Внутренними факторами, способствующими возникновению ХГ, являются: генетическая предрасположенность; дуоденогастральный рефлюкс; аутоиммунные процессы, повреждающие клетки желудка; эндогенные интоксикации; гипоксемия; хронические инфекционные заболевания; нарушения обмена веществ; эндокринные дисфункции; недостаток витаминов; рефлекторные воздействия на желудок от других поражённых органов.

По этиологии хронический гастрит делят на три основные формы: тип А, В,С и смешанные формы. Хронический гастрит клинически проявляется как местными, так и общими расстройствами, которые, как правило, появляются в периоды обострений:

Местные расстройства характеризуются симптомами диспепсии (тяжесть и чувство давления, полноты в подложечной области, появляющиеся или усиливающиеся во время еды или вскоре после еды, отрыжка, срыгивание, тошнота, неприятный привкус во рту, жжение в эпигастрии, нередко изжога, которая говорит о нарушении эвакуации из желудка и забросе желудочного содержимого в пищевод).

Общие расстройства могут проявляться следующими синдромами:

○ слабостью, раздражительностью, нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы — кардиалгии, аритмии, артериальной неустойчивостью;

○ у пациентов с атрофическим хроническим гастритом может развиться симптомокомплекс, схожий с демпинг-синдромом (внезапная слабость, бледность, потливость, сонливость, возникающие вскоре после еды), иногда сочетающихся с расстройствами кишечника, с императивным позывом к стулу;

○ у пациентов с хроническим гастритом тела желудка и развитием B12-дефицитной анемии появляются слабость, повышенная утомляемость, сонливость, наблюдается снижение жизненного тонуса и утрата интереса к жизни; возникают боли и жжение во рту, языке.

○ у пациентов с Helicobacter pylori-ассоциированным антральным хроническим гастритом с повышенной кислотностью возможно развитие язвенноподобных симптомов, свидетельствующих о возможном предъязвенном состоянии.

Установление клинического диагноза основывается на определении типа хронического гастрита, оценке степени распространенности морфологических признаков заболевания, наличии и выраженности нарушений функции желудка.

Этапы диагностики хронического гастрита:

- Клиническая диагностика — анализируются жалобы больного, анамнез, данные осмотра пациента, высказывается предположительный диагноз и составляется рациональный план инструментального обследования.
- Эндоскопическая диагностика с обязательной биопсией — уточняется наличие Helicobacter pylori, характер и локализация изменений слизистой оболочки желудка, наличие предраковых изменений слизистой оболочки желудка. Для биопсии берётся не менее чем 5 фрагментов (2 — из антрального отдела, 2 — из тела желудка, 1 — из угла желудка).
- Лабораторная диагностика — клинический анализ крови, биохимический анализ крови, клинический анализ мочи, клинический анализ кала, анализ кала на скрытую кровь, выявление инфекции Helicobacter pylori.
- Ультразвуковое исследование печени, поджелудочной железы, желчного пузыря — для выявления сопутствующих заболеваний ЖКТ.
- Внутрижелудочная pH-метрия —определение состояния секреции и диагностика нарушений при кислотозависимых заболеваниях ЖКТ.
- Электрогастроэнтерография — исследование моторно-эвакуаторной функции ЖКТ с целью определения дуоденогастрального рефлюкса.
- Манометрия верхних отделов желудочно-кишечного тракта, с помощью которой определяется наличие или отсутствие рефлюкс-гастрита.

Лечение хронического гастрита производят амбулаторно, курс лечения, включая диагностику, рассчитан на 14 дней. Из медикаментозных средств для лечения хронического гастрита применяют ингибиторы протонного насоса, блокаторы H2-гистаминовых рецепторов, прокинетики, селективные М-холинолитики, антациды. Для некоторых форм Helicobacter pylori-ассоциированного гастрита рекомендуется эрадикация [3,4].

Анализируя заболеваемость в Казахстане по данным официальной статистики можно заметить незначительное увеличение заболеваемости. Так в 2010 году показатель был равен 3626,3, в 2011 году – 3632,2 случая на 100000 населения (рис 1).

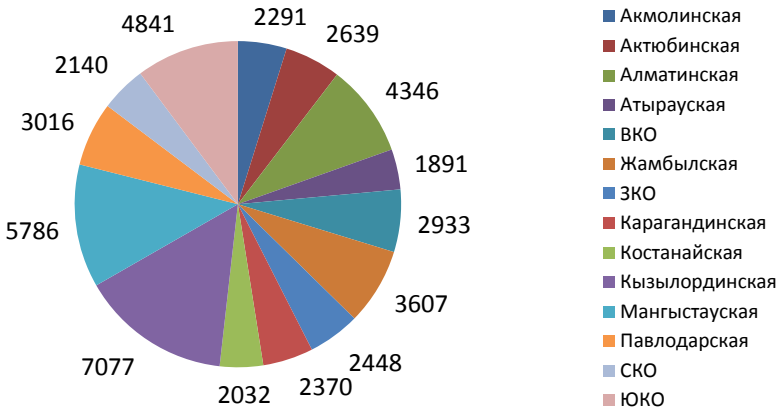

Рисунок 1 - Структура заболеваний ЖКТ в РК 2011г , на 100тыс. населения

Высокая заболеваемость пищеварительной системы регистрируется в Кызылординской области, Мангистауской и Ю-Казахстанской областях [5].

По данным ВОЗ по числу госпитализированных в стационар больных с заболеваниями пищеварительной системы, наблюдается тенденция к снижению (рис.2).

Рисунок 2 -Динамика заболеваемости болезней органов пищеварения в РК

Если сравнивать опять таки по данным Европейского бюро ВОЗ по числу выбывших их стационара больных среди стран Центрально-Азиатского континента за 2010 год, то на первом месте Узбекистан с показателем – 1565,8 на 100тыс населения, далее Туркменистан (1448,53),Казахстан (1368,25), Кыргызстан (1244,91) (рис.3) [6].

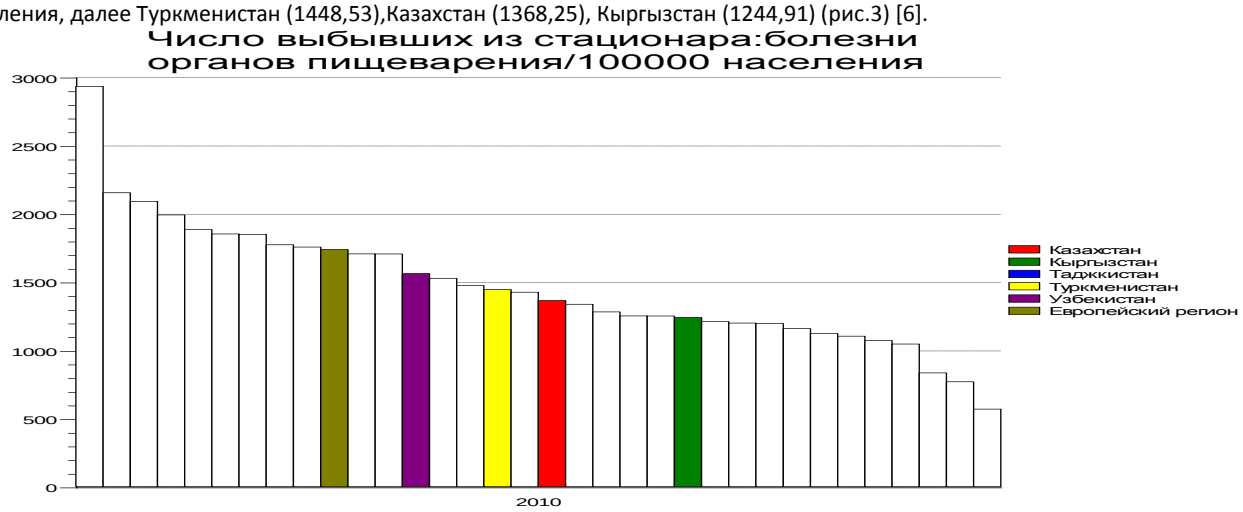

Рисунок 3 - Структура заболеваемости ЖКТ среди стран ЦАР, 2010 г.

Болезни органов пищеварения имеют тенденцию к незначительному убыли в течении последних лет. В структуре общей заболеваемости болезни органов пищеварения занимают третье место после системы кровообращения. Главным направлением деятельности органов системы здравоохранения является проведение профилактических мероприятий среди населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., Лапина Т. Л. и др. Диагностика и лечение функциональной диспепсии. Гл. 3. Функциональная диспепсия и хронический гастрит / Методические рекомендации для врачей. - М.: Российская гастроэнтерологическая ассоциация, 2011. - 28 с.

2 Фирсова Л. Д., Машарова А. А., Бордин Д. С., Янова О. Б. Хронический гастрит. В кн. «Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки». – М.: Планида, 2011.- 52 с.

3 Белоусов А. С., Водолагин В. Д., Жаков В. П. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения. - М.: Медицина, 2002. - 424 с.

4 Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / Под ред. В. Т. Ивашкина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 208 с. - ISBN 5-9704-0294-X.

5 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». – Астана: 2012

6 Европейская база данных по заболеваемости регионального бюро ВОЗ.

А.Т. БАРМАГАМБЕТОВА

ҚР ТҰРҒЫНДАР АРАСЫНДАҒЫ ГАСТРИТ АУРУЫНЫҢ ТАРАЛУЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ СИМПТОМДАРЫ, ДИАГНОСТИКАСЫ, ЕМДЕУ ШАРАЛАРЫ

Түйін: Гастритке еліміздің 50% тұрғындары шалдыққан, ішек - асқазан трактының аурулары ішінде ең жиі кездеседі. Ас қорту жүйесінің аурулары соңғы кезде азаю тенденциясы байқалады. Жалпы аурушылдық құрылымында қан айналым жүйесінен кейін үшінші орында.

Түйінді сөздер: ас қорту жүйесі, гастрит, жүрек айну, құсық, ішек-асқазан тракті.

A.T BARMAGAMBETOVA

CLINICAL SYMPTOMS, DIAGNOSTICS, GASTRITIS TREATMENT AND PREVALENCE LEVEL AMONG THE POPULATION OF KAZAKHSTAN

Resume: Gastritis is one of the most widespread diseases of a gastrointestinal path which about 50% of the population of our country suffer. Diseases of digestive organs tend to an insignificant decrease within the last years. In structure of the general incidence of an illness of digestive organs take the third place after blood circulation system.

Keywords: digestive system, gastritis, nausea, vomiting, gastrointestinal path.