**Некоторые аспекты амбулаторной гастроэнтерологической патологии**

**В.Стародубцов, врач-гастроэнтеролог**

Заболевания органов пищеварения относятся к числу наиболее значимых проблем в клинике внутренних болезней /3/. Эта патология занимает восьмое место среди причин временной нетрудоспособности, 7-е в структуре первичного выхода на инвалидность, пятое - среди причин смертности /1/.

Прогнозируется значительный дальнейший рост числа гастроэнтерологических заболеваний /4/. Хронический гастрит является одним из самых распространённых заболеваний желудочно-кишечного тракта и по-прежнему занимает центральное место среди болезней желудка /10/.

Частота язвенной болезни среди взрослого населения достигает 6-10% /2/. Число больных, страдающих язвенной болезнью в Российской Федерации, несмотря на обилие современных противоязвенных фармакологических средств, не уменьшается /6/.

Широкое обсуждение проблемы диспепсии, функциональных расстройств пищеварительного тракта обусловливает повышенный интерес к данному вопросу /11/. Частота встречаемости инфекции Helicobacter pylori, c которой связан достаточно широкий ряд заболеваний органов пищеварения, различна в зависимости от географических факторов, этнической принадлежности и социально - экономических условий жизни. Она составляет от 20% до 40% в развитых странах, до 80-90% в развивающихся странах /9/.

Эрозивная патология гастродуоденальной системы является одной из актуальных проблем в современной гастроэнтерологии. Всё возрастающий интерес к эрозиям желудка и двенадцатиперстной кишки объясняется их широкой распространённостью. Частота эрозий при скрининговых эндоскопических исследованиях верхних отделов пищеварительного тракта колеблется от 4% до 20-30%. А при проведении эндоскопии по поводу диспептических жалоб эрозии гастродуоденальной слизистой оболочки обнаруживаются у 2-15% больных /5/.

До настоящего времени не найдено чётких критериев, по которым хронические эрозии следует рассматривать в качестве осложнения основного заболевания или сопутствующего разным патологическим процессам, или самостоятельной нозологической формой. Кроме того, на сегодняшний день нет единого взгляда на этиологию и патогенез эрозивных поражений, отсутствуют адекватные подходы к лечению, динамическому наблюдению за больными и профилактике заболевания /7/. Оправдана курация больных с неосложнёнными формами язвенной болезни с применением альтернативных методов лечения, что может дать весомый экономический эффект в связи с широкой распространённостью заболевания, большой частотой "амбулаторных" язв, диаметр которых менее 10 мм (85%) /8/.Гематологические показатели у больных с эрозивными поражениями желудка и ДПК достоверно отличаются от данных контрольной группы /7/.

За три месяца 2004 года в гастроэнтерологический кабинет поликлиники №4 обратились 75 человек (пациентов с эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ, впервые выявленными у 30,7%), в возрасте от 18 до 64 лет (мужчин - 36, женщин - 39).

Среди обследованных пациентов часто и длительно болеющими (ОРЗ более 4 раз в год) оказались 58 человек (77,3%), что свидетельствует о нарушениях их иммунокомпетентных клеток. У 5 человек с эрозивным бульбитом при ЭГДС были обнаружены "белые" послеязвенные рубцы на стенках луковицы 12-перстной кишки, хотя лечение язвенной болезни им до обращения за амбулаторной помощью не проводилось, а усиление болевого и диспептического синдромов произошло в последние 2-3 недели. То есть язвенный дефект не вызывал у них выраженного абдоминального дискомфорта. У 69 пациентов (92%) обострение эрозивно-язвенной патологии было связано с психоэмоциональным напряжением, погрешностями в диете и употреблением алкоголя. У остальных не было выявлено убедительных этиопатогенетических факторов, спровоцировавших обострение.

**Выводы:**

1. Хронические эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны являются наиболее распространённым заболеванием в гастроэнтерологической практике, часто эти поражения сочетаются с патологией желчевыводящих путей, что требует комбинированной терапии всех этих состояний.

2. Первичная и вторичная профилактика эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны заключается прежде всего в профилактике психоэмоционального перенапряжения и рационального питания с исключением приёма спиртных напитков.

3. Показатели уровня лейкоцитов периферической крови у больных с эрозивными поражениями желудка и ДПК достоверно отличаются от данных контрольной группы (хотя, изменения не выходят за пределы физиологических колебаний, характеризующих нормальные параметры крови человека).

Следовательно, у них имеют место изменения иммунологической реактивности, которая нуждается в детальном изучении и поисках путей коррекции.