

7. Тырылгин М.А. Проблемы охраны здоровья населения Крайнего Севера: на примере региона Якутия. – Новосибирск: Наука, 2008. – 304 с.

8. Серошевский В.Л. Якуты // Опыт этнографического исследования. – 2-е изд. – М., 1993. – 736 с.

9. Скоробогатова Е.С. Инвалидность по зрению вследствие сахарного диабета. – М.: Медицина, 2003. – 208 с.

10. Алексеева Л.Л., Игнатъев П.М., Платонов Ф.А., Лазаренко В.И. Клинические особенности развития сахарного диабета 2 типа у якутов // Якутский Медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 7-10.

L.L. Alexeeva

Evolution of ocular diseases and the blindness in Republic of Sakha (Yakutia)

Statistics of propagation of ocular diseases in Yakutia has been researched. The comparative analysis of the statistics has shown the evolutional development of ocular pathology and the reasons of blindness among population of the republic. It has been shown that the problem of ocular diseases and disablement is still urgent.

The results of the research confirm medical, social and economic necessity of the check studies of ocular diseases.

Key words: ocular diseases, diabetic retinopathy, blindness, pancreatic diabetes, trachoma, census of population.



А.П. Федотова, Л.Г. Чибьева

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, АССОЦИИРОВАННЫХ ПРИЕМОМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, У ЖИТЕЛЕЙ г. ЯКУТСКА

Изучены диагностические возможности эндоскопической аппаратуры для выявления эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, индуцированных приемом НПВП в различных этнических группах, проживающих в г. Якутске. Оценивали эндоскопические признаки воспаления, его распространенность и степень выраженности. Установлено, что эзофагогастродуоденоскопия – единственный объективный метод, позволяющий диагностировать повреждение слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ, связанный с приемом НПВП.

Ключевые слова: нестероидные противовоспалительные препараты, НПВП-индуцированные гастропатии, эрозивно-язвенные гастродуоденальные повреждения, слизистая оболочка желудка, гастродуоденоскопия, *Helicobacter pylori*.

Современная диагностика эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), ассоциированных приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), базируется на клинической картине и результатах эндоскопического исследования [1]. В связи с возможностью бессимптомного или малосимптомного течения гастродуоденальных эрозий и язв, развивающихся при приеме НПВП, решающее значение в их своевременной диагностике принадлежит эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС). ЭГДС позволяет обнаружить эрозивно-язвенное поражение верхних

отделов желудочно-кишечного тракта, определить его характер на основании гистологического исследования биоптатов. Изменения, выявляемые в желудке и ДПК при гастропатии, индуцированной приемом НПВП, неспецифичны и могут варьировать от гиперемии (эритемы) до эрозий и язв с образованием язвенного кратера и развитием микро- и макрокровотечений и подслизистых кровоизлияний [2, 3]. При этом язвы желудочной локализации выявляются в 12-30% случаев, а дуоденальной – только в 2-19%. При гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка (СОЖ) почти в 100% случаев определяется НПВП-гастрит (типа С) [4]. Рентгенологическое исследование желудка и ДПК значительно менее информативно, чем ЭГДС.

Материалы и методы

Обследовано 164 больных с эрозивно-язвенным дефектом СОЖ и СО ДПК, возникшим на фоне приема

ФЕДОТОВА Айталиа Петровна – аспирант Мединститута СВФУ им. М.К. Аммосова, врач-гастроэнтеролог высшей категории МУ «Поликлиника №1» городского округа «г. Якутск».

ЧИБЬЕВА Людмила Григорьевна – д.м.н., профессор Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова.

E-mail: Chibieva_l@mail.ru.

НПВП. Для исследования отбирались больные, которым проводилась ЭГДС по причине предшествующего приема НПВП по поводу заболеваний опорно-двигательного аппарата. Необходимо отметить, что ЭГДС проводилась независимо от наличия жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта. В случае выявления эрозивно-язвенных дефектов слизистой оболочки (СО) гастродуоденальной зоны пациентов включали в исследование. Так как все пациенты до проведения ЭГДС принимали НПВП, то поражения желудочно-кишечного тракта рассценивались как гастропатия, индуцированная приемом НПВП. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 85 больных коренной национальности (якуты) в возрасте от 25 до 75 лет, средний возраст которых 48,8 лет. Во 2-ю вошли 79 больных некоренной национальности (лица разных национальностей, прибывшие в различное время из регионов РФ) в возрасте от 20 лет до 72 лет, средний возраст составил 55,6 лет. Соотношение мужчин и женщин в 1-й группе 1:3, во 2-й – 1:2.

В обеих группах преобладали женщины среднего и пожилого возраста, больные остеоартрозом, принимавшие диклофенак в дозе 100-150 мг/сут. (в 1-й группе – 41,2%, во 2-й группе – 57,0%). В группы исследования также были включены больные с дорсопатиями (35,3 и 29,1%), ревматоидным (4,7 и 6,3%), псориатическим (3,5 и 1,3%) и реактивным артритом (2,4% и 0%), системным поражением соединительной ткани (3,5 и 1,3%), у которых были выявлены гастродуоденальные эрозивно-язвенные повреждения. В 1-й группе преобладал возраст 51-60 лет (36,5%), во второй группе – 61-70 лет (31,6%). Подавляющее большинство больных – 62,3 и 70,9% соответственно принимали неселективные НПВП, в то время как селективные ингибиторы ЦОГ-2 применяли 37,6 и 29,1% пациентов. Чаще всего принимали диклофенак – 58,8 и 65,8%. Более безопасные в отношении развития гастродуоденальных осложнений селективные ингибиторы ЦОГ-2 исследуемые использовали значительно реже. Из них больные 1-й группы чаще принимали мелоксикам – 22,3%, 2-й группы – нимесулид – 20,3%.

ЭГДС проводили по общепринятой методике с использованием современных моделей эндоскопов Olympus gif-10, gif-20. Поскольку, в настоящее время отсутствует шкала оценки данных ЭГДС, специфичная для гастродуоденальных повреждений, индуцированных приемом НПВП, была проведена стандартная оценка состояния слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Исследование сочеталось с прицельной биопсией из слизистой оболочки антрального отдела желудка.

Наличие *Helicobacter pylori* (Hр) в слизистой оболочке желудка верифицировано с помощью гистологического и цитологического методов исследования. Гистологически наличие Hр определяли в биоптатах слизистой обо-

лочка желудка согласно рекомендациям, разработанным Л.И. Аруином [5].

При статистической обработке полученных данных нами использовались: для оценки количественных показателей – метод Стьюдента, качественных – значения χ^2 . Различия между изучаемыми результатами считались достоверными при $p < 0,05$. Для статистической обработки использовалась программа IBM PC «Primer of Biostatistics» version 3.03 by Stanton A. Glantz.

Результаты и обсуждение

При эндоскопическом исследовании частота патологии ЖКТ, возникшей на фоне приема НПВП, была следующей: множественные эрозии желудка и/или двенадцатиперстной кишки отмечены у 85,9% больных 1-й группы и 79,7% – 2-й группы ($p < 0,001$); язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки – у 14,1% и 20,3% соответственно ($p < 0,001$). В исследуемых группах эрозии гастродуоденальной зоны выявлены у лиц старше 40 лет в 79,4 и 93,7% случаях соответственно ($p < 0,05$).

В обеих группах преобладали пациенты с множественными эрозиями СОЖ. Эрозии располагались в антральном отделе желудка в виде цепочек, идущих по направлению к привратнику, имели в большинстве случаев характер острых, реже встречались эрозии в виде папул с пупковидным вдавлением в центре или с небольшим изъязвлением на их вершине. У мужчин коренной национальности были выявлены только эрозивные поражения антрального отдела желудка. Соотношение язв желудка и ДПК у больных 1-й группы 1,8:1; 2-й группы – 1:1. Сочетанные язвы желудка и ДПК составляли соответственно 8,3 и 6,3% от общего числа НПВП-индуцированных язв. По числу язвенных поражений в обеих группах преобладали больные с одиночными язвами (72,7 и 93,8%). Около 91,0% больных 1-й группы и 56,3% 2-й группы имели размер язв < 10мм, а 9,0 и 43,8% соответственно > 10мм. Размеры язвенного дефекта в желудке превосходили размеры дуоденальных язв. У больных, одновременно принимающих НПВП с глюкокортикостероидами, размер язвенного дефекта был достоверно больше, чем у больных, получавших только НПВП ($p < 0,001$). Следует отметить, что среди пациентов, не имевших язвенного анамнеза, появление язвы на фоне приема НПВП было выявлено у 10,6% больных 1-й группы и 15,2% 2-й группы.

Эрозивно-язвенные кровотечения были выявлены у 17,6 и 11,4% больных 1-й и 2-й групп соответственно. Источником кровотечения у 86,7% больных 1-й группы и 77,8% 2-й группы явились эрозии и язвы, локализованные в желудке, и только в 13,3 и 22,2% соответственно в ДПК. У одного больного 2-й группы язва луковицы ДПК перфорировала с развитием острого (перфоративного) перитонита. Гастродуоденальные осложнения у больных старше 50 лет составили 46,7% в 1-й группе и 70,0% во 2-й группе. Среди больных 1-й группы с осложненным

течением преобладали женщины – 80,0%. Во 2-й группе осложнения встречались одинаково часто у мужчин и женщин ($p < 0,05$). Типичная клиническая картина кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта (рвота «кофейной гущей», мелена) имела место только у одного больного из 2-й группы. У остальных она проявлялась только общими симптомами кровопотери с гипоксией микроциркуляторного генеза и нарушением перфузии жизненно важных органов. У всех пациентов эндоскопическая картина соответствовала по классификации интенсивности кровотечения J. Forrest (1985-1995) II с. Больные по тяжести кровопотери [6] распределились следующим образом: I степень – 73,3% больных 1-й группы и 66,7% – 2-й группы; II степень – 26,7 и 22,2% соответственно, III степень – 11,1% больных 2-й группы. У всех пациентов достигнут окончательный (стабильный) гемостаз консервативным методом (фармакотерапия). Частота возникновения ЖКК у больных 1-й группы была достоверно выше при приеме н-НПВП (19,0%), чем с-НПВП (14,8%) ($p < 0,001$). А у больных 2-й группы развитие опасных осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта было выявлено при применении селективных НПВП, чем неселективных (16,7% против 11,5%). Таким образом, проведенное исследование показывает, что применение с-НПВП не устраняет развитие осложнений, особенно у пациентов с серьезными факторами риска.

Часть больных обеих групп (37,6 и 45,6%% соответственно) принимала аспирин в низких, антиагрегантных дозах. Совместный прием НПВП и аспирина существенно повышает частоту серьезных гастродуоденальных осложнений. Нами выявлено, что частота развития ЖКК у больных обеих групп, принимавших НПВП совместно с антиагрегантными дозами аспирина, была достоверно выше (18,8 и 40,0%% соответственно), чем у больных, принимавших только НПВП (17,0 и 13,9%% соответственно) ($p < 0,001$). Совместный прием ГКС с НПВП достоверно увеличил частоту серьезных осложнений со стороны пищеварительного тракта у больных 2-й группы (20,0% против 12,2%) ($p < 0,05$). У больных 2-й группы, принимавших НПВП с цитотоксическими препаратами, эрозивно-язвенные кровотечения возникали достоверно чаще (50%), чем у больных, принимавших только НПВП (11,7%) ($p < 0,05$). Мы не выявили достоверных различий частоты гастродуоденальных осложнений у больных 1-й группы в зависимости от сопутствующей терапии ГКС и цитотоксическими препаратами. Так, у пациентов, получавших НПВП в комбинации с ГКС, желудочно-кишечные осложнения возникали достоверно реже (10,0%), чем у больных, не получавших сопутствующую терапию этим препаратом (18,7%) ($p < 0,05$). Желудочно-кишечные кровотечения возникали у 12,5% больных, принимавших НПВП в сочетании с метотрексатом, что было достоверно реже, чем среди больных, не получавших комбинированное лечение (18,2%) ($p < 0,05$).

Морфологическая оценка слизистой оболочки желудка была проведена у 66 больных 1-й и 69 больных 2-й группы. Морфологическая картина СО антрального отдела в обеих группах не различалась. Она характеризовалась полнокровием, наличием клиновидных эрозий, фовеолярной гиперплазией поверхностного эпителия, отеком и пролиферацией гладкомышечных клеток в собственной пластинке, где наблюдались также обилие расширенных капилляров с утолщенными стенками, стаз эритроцитов. Таким образом, наблюдалась картина перилуцерозного гастрита.

Гистологическое исследование биоптатов из зон перифокального воспаления при эрозивно-язвенных поражениях СОЖ в 54,5 и 52,2%% случаях соответственно выявило признаки воспаления СОЖ различной степени активности ($p < 0,001$). Отмечена слабая, умеренная или выраженная инфильтрация собственной пластинки слизистой лимфоплазмноклеточными и гистиоцитарными элементами с примесью нейтрофильных лейкоцитов, что соответствовало хроническому поверхностному гастриту низкой (по 69,4%), умеренной (22,2 и 13,9%%) или высокой (8,3 и 16,7%%), степени активности и выраженности ($p < 0,001$). Воспалительный процесс сопровождался структурными изменениями покровно-ямочного эпителия в виде поверхностных микроэрозий (25,8 и 37,7%%) ($p < 0,001$).

Таким образом, у большинства больных отмечалась картина Нр-ассоциированного хронического гастрита, у половины из них имеющего характер активного.

Атрофия СОЖ обнаружена у 50,0% больных 1-й и 42,0% 2-й группы ($p < 0,001$). У больных обеих групп преобладала слабая степень атрофии (66,7 и 51,7%% соответственно) ($p < 0,001$). У больных 1-й группы обнаружено ранее по возрасту развитие атрофических процессов, чем у больных 2-й группы.

Неполная метаплазия эпителия была обнаружена у 28,8 и 14,5%% больных 1-й и 2-й групп соответственно ($p < 0,001$). Дисплазия желез эпителия выявлена у 12,1 и 10,0%% соответственно ($p < 0,001$). При этом у больных 1-й группы преобладала средняя степень (75,0%), а у больных 2-й группы легкая степень дисплазии (71,4%) ($p < 0,001$). Гиперплазия лимфоидной ткани в виде лимфоидных фолликулов, что является специфическим проявлением хеликобактерного гастрита [1], обнаружена у 15,2 и 8,7%% больных 1-й и 2-й групп соответственно ($p < 0,001$). Согласно модели желудочного канцерогенеза (каскад Согтеа) прогрессирование хронического гастрита вызывает развитие атрофии и кишечной метаплазии в СОЖ [7]. Нами установлено, что у больных коренной национальности атрофия, кишечная метаплазия, дисплазия СОЖ встречаются чаще, чем у больных некоренной национальности.

Гистологическим методом в 1-й группе исследуемых обсемененность Нр выявлена в 72,7% случаев, а в мазках-отпечатках – в 73,4% ($p < 0,001$). При гистологическом

исследовании биоптатов СО антрального отдела желудка у больных этой группы в 37,5% случаях выявлена высокая степень персистенции Нр ($p < 0,001$).

Инфицированность Нр в возрасте 18-40 лет составила в 1-й группе 90,9%, во 2-й группе – 75%. В возрастной категории 41-60 лет – соответственно 71,7 и 71,5%, у лиц старшего возраста (61-75 лет) – 55,6 и 66,7% ($p < 0,001$). При этом инфицированность Нр выявлена у 100,0% мужчин коренной национальности в разных возрастных категориях. У мужчин некоренной национальности инфицированность Нр с возрастом имела тенденцию к возрастанию (66,7-85,7%) и к 61-75 годам достигла 100,0%. У женщин, как коренной, так и некоренной национальности, обнаружена противоположная закономерность – уменьшение частоты инфицированности Нр с увеличением возраста (87,5 и 100,0%-50,0 и 62,5%) ($p < 0,001$).

Наличие Нр в СОЖ было диагностировано при атрофии антрального отдела СОЖ в 78,8% случаях, при кишечной метаплазии – в 78,9%, дисплазии – 87,5% ($p < 0,001$).

Во 2-й группе больных обсемененность Нр СО антрального отдела гистологическим методом выявлена в 69,6%, в мазках-отпечатках – в 68,1% случаях. У 45,8% больных этой группы наблюдалась средняя степень персистенции Нр. Инфицированность выявлена в 79,3% случаев при атрофии антрального отдела СОЖ, в 80,0% – при кишечной метаплазии и 71,4% – при дисплазии эпителия ($p < 0,001$).

В обеих группах Нр выявлен чаще у мужчин, чем у женщин (88,6% против 65,0%) ($p < 0,001$).

Представлялось важным уточнение взаимосвязи эндоскопической картины СОЖ и СО ДПК с наличием Нр. Наличие Нр в группе эрозивного гастрита верифицировано различными методами у 71,7-77,8% больных 1-й и 67,3-69,1% – 2-й группы. В группе язвенных поражений желудка Нр выявлен у 42,9- 50,0% больных 1-й группы и 71,4% – 2-й группы. При язвенных поражениях луковицы ДПК обсемененность инфекцией установлена гистологическим и цитологическим методом у 75,0% и 66,7% больных соответственно. При сочетанных язвах обсемененность Нр выявлена у 100,0% больных обеих групп.

Гистологическим методом Нр выявлен значительно реже среди пожилых пациентов, принимающих НПВП, при наличии таких осложнений, как перфорация и кровотечение (69,2% и 57,1% соответственно) ($p < 0,001$). Данный факт объясняется прямым подавляющим воздействием НПВП на Нр [8], сложностями выявления инфекции на фоне постоянной терапии ингибиторами протонной помпы [9]. В группе больных без гастродуоденальных осложнений инфекция Нр выявлена гистологическим методом в 73,6% и 71,0% соответственно.

В 1-й группе обнаружена более высокая частота выявления Нр у пациентов с гастродуоденальными повреждениями, принимающих селективные ингибиторы

ЦОГ-2, чем неселективные (73,3% против 72,5%). А во 2-й группе Нр выявляется чаще у пациентов, принимающих н-НПВП (73,6% против 53,3%).

Заключение

ЭГДС – единственный объективный метод, позволяющий диагностировать повреждение слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ, связанное с приемом НПВП.

Эрозивно-язвенные поражения верхних отделов ЖКТ имели преимущественно желудочную локализацию, множественный характер изъязвлений. В 87,5% источником желудочно-кишечного кровотечения явились эрозии и язвы желудка. 41,7% гастродуоденальных осложнений приходится на лиц старше 50 лет. Более 70,0% больных с желудочно-кишечными кровотечениями принимали препараты из группы неселективных НПВП. Среди пожилых пациентов при наличии гастродуоденальных осложнений Нр гистологическим методом выявлялся значительно реже. Представляется важным внедрение планового эндоскопического обследования больных ревматическими заболеваниями, имеющих факторы риска гастродуоденальных осложнений.

Нр-ассоциированный гастрит является фоном, но не этиологическим фактором развития НПВП-индуцированных гастропатий. Инфицирование Нр увеличивает вероятность возникновения НПВП-ассоциированных язв и эрозий. Нр-ассоциированный гастрит в обеих группах населения Якутии протекает с неизбежным развитием перестройки структурных компонентов СОЖ. Хронический антральный гастрит с атрофией, метаплазией и дисплазией эпителия желез СОЖ чаще наблюдался у больных коренной национальности.

Литература

1. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни: Метод. пособие для врачей / Под ред. В.Т. Ивашкина и др. – М., 2002. – 20 с.
2. Дроздов В.Н. Гастропатии, вызванные НПВП: патогенез, профилактика и лечение // Consilium medicum. – 2005. – № 1 (Прил.). – С. 3-6.
3. Муравьев Ю.В. Как же отражать в диагнозе обнаруживаемые эндоскопические повреждения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, возникшие в период применения нестероидных противовоспалительных препаратов? // Клиническая медицина. – 2000. – № 11. – С. 61-63.
4. Ройтберг Г.Е., Полунина Т.Е. Лекарственные поражения гастродуоденальной зоны // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2002. – № 3. – С. 9-15.
5. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Триада-Х, 1998. – 496 с.
6. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике. – М., 2005. – 385 с.

7. Correa P. Human gastric carcinogenesis: A multistep and multifactorial process // Cancer Res. – 1992. – № 52. – P. 6735–6740.

8. Bobrynski A., Konturek P.C., Konturek S.J. Helicobacter pylori and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in perforations and bleeding of peptic ulcers // Med/ Sci. Monit. – 2005. – № 11 (3). – P. 132-135.

9. Пюрвеева К.В., Лапина Т.Л., Напалкова Н.Н., Кудрявцева Л.В., Скланская О.А., Коньков М.Ю., Ивашкин В.Т. Трудности диагностики инфекции Нр у больного с язвами антрального отдела, индуцированными приемом НПВП // Материалы VIII Российской гастроэнтерологической недели. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2002. – № 5 (Прил. №17). – С. 37.

A.P. Fedotova, L.G. Chibieva

Endoscopic Diacrisis of Erosion Uclerative Lesions of Gaster and Dodecadactylon caused by Nonsteroidal Anti-Inflammatory Medicaments among population of Yakutks City

The value of a routine endoscopic system for the diacrisis of erosive and ulcerative lesions in the gaster and dodecadactylon, induced by reception of non-steroid anti-inflammatory drugs, in the various ethnic groups living in Yakutsk has been researched. Endoscopic signs of inflammation, its prevalence rate and degree of manifestation have been classed. It has been shown that esophagogastroduodenoscopy is the only unbiased method which allows diagnosticate lesions of surface mucous of upper gastrointestinal.

Key words: nonsteroidal anti-inflammatory medicaments, gastroduodenal lesions, erosive and ulcerous lesions of gastroduodenal zone, mucous coat of stomach, esophagogastroduodenoscopy, Helicobacter pylori.



*Л.Г. Чибьева, А.П. Федотова, Н.Н. Васильев,
К.М. Николаева, В.М. Николаева*

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ИНДУЦИРОВАННЫЕ ПРИЕМОМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Изучены клинко-эндоскопические проявления повреждения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, индуцированного приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), в различных этнических группах, проживающих в Республике Саха (Якутия). Проведен их сравнительный анализ между исследуемыми популяционными группами. Выявлены преобладание диспепсических расстройств, низкая интенсивность болевого синдрома, большая частота атрофических изменений слизистой оболочки желудка у больных коренной национальности.

Ключевые слова: нестероидные противовоспалительные препараты, gastroduodenальные повреждения, слизистая оболочка желудка, язва желудка, Helicobacter pylori.

Эрозивно-язвенные повреждения gastroduodenальной зоны и их грозные осложнения (кровотечения, перфорации), обусловленные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), являются

серьезной медико-социальной проблемой. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), они составляют важную часть «нестероидных лекарственных реакций» [1]. В последние десятилетия ее

ЧИБЬЕВА Людмила Григорьевна – д.м.н., профессор Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова.

E-mail: Chibieva_l@mail.ru

ФЕДОТОВА Айталиа Петровна – аспирант Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, врач-гастроэнтеролог высшей категории МУ «Поликлиника №1» городского округа «г. Якутск».

E-mail: unir@sitc.ru

ВАСИЛЬЕВ Николай Николаевич – к.м.н., главный врач МУ «Якутская городская клиническая больница №1».

E-mail: unir@sitc.ru

НИКОЛАЕВА Капиталина Михайловна – аспирант Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, врач-гастроэнтеролог высшей категории, заведующий гастроэнтерологическим отделением МУ «Якутская городская клиническая больница №1».

E-mail: unir@sitc.ru

НИКОЛАЕВА Валентина Максимовна – аспирант Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, врач-терапевт, заведующий отделением медсанчасти Якутского дома-интерната престарелых и инвалидов.

E-mail: unir@sitc.ru