

2. Акмаев И.Г. Проблемы и перспективы развития нейроиммуноэндокринологии // Проблемы эндокринологии. – 1999. – Т. 45, № 5. – С. 3–7.
3. Бутков Ю.С., Подолыч О.А. Атопический дерматит: вопросы этиологии, патогенеза, методы диагностики, профилактики и лечения // Русский медицинский журнал. – 2002. – Т. 10, № 4. – С. 176–180.
4. Виноградов В.А., Смагин В.Г., Титов М.И. Синтетические пептиды как лекарственные вещества. В кн.: Нейропептиды в экспериментальной и клинической практике / Под ред. В.Г. Смагина. – М., 1986. – С. 3–7.
5. Глазунова И.Б., Силина Л.В., Бобынцев И.И. Влияние даларгина на эффективность терапии атопического дерматита // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". – 2008. – № 3. – С. 22–26.
6. Димиева Г.М., Гервасиева В.Б., Мокроносова М.А. Дисбаланс цитокинов и продукция IgE при атопическом дерматите // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1999. – № 6. – С. 88–90.
7. Короткий Н.Г. Современные аспекты этиологии, патогенеза, клиники и фармакотерапии атопического дерматита // Лечащий врач. – 2000. – № 10. – С. 42–47.
8. Кочергин Н.Г. Атопический дерматит: современные аспекты патогенеза и терапии // Рус. медицинский журнал. – 2004. – Т. 12, № 18. – С. 1076–1081.
9. Крыжановский Г.Н. Дизрегуляторная патология // Патологическая физиология. – 2002. – № 3. – С. 2–19.
10. Переверзева И.В., Бобынцев И.И., Силина Л.В. Клиническая эффективность комплексной терапии атопического дерматита с применением семакса // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". – 2008. – № 2. – С. 98–103.
11. Плехинский Н.А. Биометрия. – М.: Изд-во МГУ, 1970. – 367 с.
12. Слепушкин В.Д. Нейропептиды в анестезиологии и реаниматологии. // Анест. и реанимат. – 1997. – № 6. – С. 59–61.
13. Слепушкин В.Д., Золотов Г.К., Виноградов В.А., Титов М.И. Нейропептиды, их роль в физиологии и патологии. – Томск, 1988. – 144 с.
14. Российский национальный согласительный документ по атопическому дерматиту "Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей" / Под общ. ред. Р.М. Хаитова и А.А. Кубановой. – М.: Фармус Принт, 2002. – 192 с.
15. Хаитов Р.М., Лесков В.П. Иммунология и стресс // Росс. физиологич. журн. им. И.М. Сеченова. – 2001. – Т. 87, № 8. – С. 1060–1072.
16. Ярилин А.А. Основы иммунологии. – М.: Медицина, 1999. – 608 с.
17. Hamid Q., Boguniewicz M., Leung D.Y. Differential in situ cytokine gene expression in acute versus chronic dermatitis // J. Clin. Invest. – 1994. – Vol. 94. – P. 870–876.
18. Marotti T., Batinic D. Enkephalins regulate in vitro antibody response of human lymphocytes // Period. Biol. – 1990. – Vol. 91, N 2. – P. 197–202.
19. Sharp B.M., Gekker G., Li M.D. Delta-opioid suppression of human immunodeficiency virus-1 expression in T-cells (Jurkat) // Biochem. Pharmacol. – 1998. – Vol. 56, №3. – P. 289–292.
20. Sharp B.M., Li M.D., Matta S.G. et al. Expression of delta opioid receptors and transcripts by splenic T-cells // Ann. N.-Y. Acad. Sci. – 2000. – Vol. 917, N 3. – P. 746–770.

УДК 616.3–053.9–06:616.136

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ КРОВОТОКА В БАССЕЙНЕ БРЮШНОЙ АОРТЫ

© Долгушина А.И., Волчегорский И.А., Шапошник И.И.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом введения в клиническую медицину
Челябинской государственной медицинской академии, Челябинск

E-mail: kmi_2008@mail.ru

В статье приведены результаты исследования взаимосвязи клинической симптоматики и показателей липидемии у больных пожилого и старческого возраста с хроническими заболеваниями органов пищеварения в зависимости от состояния кровотока в бассейне брюшной аорты. Выявлены особенности сердечно-сосудистой патологии и течения заболеваний желудочно-кишечного тракта при наличии атеросклероза брюшной аорты и висцеральных ветвей.

Ключевые слова: атеросклероз, пожилой возраст, желудочно-кишечный тракт.

PATHOLOGICAL FEATURES OF GASTROINTESTINAL TRACT IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE DEPENDING ON A BLOOD FLOW CONDITION IN THE POOL OF ABDOMINAL AORTA

Dolgushina A.I., Volchegorsky I.A., Shaposhnik I.I.

**Department of Propedeutics of Internal Diseases with the Course of Introduction to the Clinical Medicine
of the Chelyabinsk State Medical Academy, Chelyabinsk**

In this article results of the research of correlation of clinical symptoms and indexes of lipidemia in patients of elderly and senile age with chronic diseases of digestive organs depending on a blood flow condition in the pool of abdominal aorta are performed. Specific features of the cardiovascular pathology and a course of disease of the gastrointestinal tract in combination with atherosclerosis of the abdominal aorta and visceral branches are revealed.

Keywords: atherosclerosis, elderly age, gastrointestinal tract.

Патология желудочно-кишечного тракта у больных пожилого и старческого возраста имеет ряд особенностей. Прежде всего, это сочетание заболеваний пищеварительного тракта с поражениями других органов, в том числе и сердечно-сосудистой системы. Наличие полиморбидности в свою очередь влияет на клиническую картину и течение хронических неинфекционных заболеваний у пожилых людей [6, 8, 10]. Особый интерес представляет изучение взаимосвязи атеросклероза брюшной аорты и ее висцеральных ветвей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта.

Целью исследования являлся анализ клинической симптоматики и показателей липидемии у больных пожилого и старческого возраста с хроническими заболеваниями органов пищеварения в зависимости от состояния кровотока в бассейне брюшной аорты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 154 пациента пожилого и старческого возраста с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, находящихся в гастроэнтерологическом стационаре ГКБ №1 за период с 2007-2010 г. Из исследования исключены

больные со злокачественными новообразованиями, циррозами печени, неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона. Всем больным проведено полное клинико-лабораторное обследование в соответствии с федеральными стандартами [4]. Инструментальное обследование желудочно-кишечного тракта включало ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию с последующим гистологическим изучением биоптатов слизистой оболочки желудка, фиброколоноскопию или ирригоскопию. У всех пациентов проведено ультразвуковое доплерографическое исследование (УЗДГ) брюшной аорты, чревного ствола и брыжеечных артерий для верификации атеросклеротического поражения сосудов. Проводилась оценка диаметра брюшного отдела аорты и висцеральных ветвей, толщины стенки аорты, наличие кальцинатов и пристеночных тромбов. Определяли следующие параметры, характеризующие гемодинамику артериального русла: максимальную линейную скорость кровотока, минимальную линейную скорость кровотока, среднюю скорость кровотока, индекс пульсативности, индекс резистентности, а также проводили качественную характеристику спектра частот доплеровских кривых [1, 2]. Клинико-лабораторное обследование дополнено унифицированным липидологическим

исследованием с оценкой содержания общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) и расчета коэффициента атерогенности [5].

Результаты обработаны статистически с использованием пакета прикладных компьютерных программ SPSS-10.0. Полученные данные обработаны методами дескриптивной статистики и представлены в виде средней арифметической и ее стандартной ошибки ($M \pm m$), абсолютных значений и процентного содержания. Интегральное межгрупповое сопоставление проводилось с помощью критерия Крускала-Уоллиса, с последующим уточнением характера различий по критерию Манна-Уитни и χ^2 . Корреляционные зависимости оценивали с помощью расчета коэффициента Спирмана (r_s). Проверку статистических гипотез проводили при критическом уровне значимости $p=0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На основании инструментального исследования брюшной аорты и висцеральных ветвей (чревного ствола и верхней брыжеечной артерии) все больные подразделены на 3 группы. Группа 1 включала 22 пациента, у которых не выявлено изменений в брюшной аорте и ее ветвях. Группа 2 состояла из 64 пациентов с признаками атеросклеротического поражения в исследуемых сосудах, но без гемодинамических нарушений. В группу 3 вошли 68 больных, у которых в различной степени страдал кровоток в бассейне брюшной аорты. У трех пациентов (4%) в этой группе выявлена аневризма брюшной аорты. Различий в гендерном составе не было: женщины преобладали во всех группах (табл. 1). Средний возраст пациентов во всех трех группах различался: у больных без атеросклероза брюшной аорты этот показатель составил $65,0 \pm 7,12$, что было достоверно ниже, чем во 2 группе, где средний возраст $70,3 \pm 7,27$ ($p=0,002$) и 3 группе - $74,2 \pm 6,7$ ($p<0,001$). При сборе анамнеза обращали внимание на наличие таких факторов риска заболеваний органов пищеварения, как злоупотребление алкоголем и курение, однако достоверных различий в их частоте между группами не обнаружено. Анализ сопутствующей патологии показал, что группы в значительной степени отличались по распространенности сердечно-сосудистой патологии, в то время как заболевания эндокринных органов, мочевыделительной, дыхательной си-

стем и опорно-двигательного аппарата встречались с одинаковой частотой.

У пациентов без атеросклероза брюшной аорты реже встречались гипертоническая болезнь ($p=0,001$) и ишемическая болезнь сердца ($p=0,001$), чем у больных с атеросклерозом, вне зависимости от наличия гемодинамических расстройств в висцеральных артериях. При этом все три группы различались по длительности анамнеза гипертонической болезни (ГБ). Так, длительность анамнеза более 10 лет отмечена у большинства пациентов 3 группы – 86%, что достоверно превышает соответствующие показатели в других группах ($p=0,001$ в сравнении с 1 группой и $p=0,002$ в сравнении со второй).

Течение ишемической болезни сердца (ИБС) также имело свои особенности в зависимости от выраженности атеросклеротического процесса в брюшной аорте. У пациентов с атеросклерозом брюшной аорты и гемодинамическими нарушениями достоверно чаще встречалась стенокардия III - IV функционального класса ($p=0,002$ в сравнении с 1 группой и $p=0,04$ в сравнении со второй). Цереброваскулярная болезнь (ЦВБ) выявлена у пациентов всех групп, наиболее часто - у больных с выраженным атеросклерозом сосудов брюшной полости ($p=0,03$ в сравнении с 1-й группой и $p=0,01$ в сравнении со 2-й). При этом частота острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе не различалась между группами. Атеросклероз сосудов нижних конечностей выявлен у 12 человек (8%); все они имели поражение брюшной аорты с гемодинамическими нарушениями. В целом, в процессе анализа распространенности атеросклеротического процесса у больных пожилого и старческого возраста с хроническими заболеваниями органов пищеварения установлена корреляция между количеством пораженных сосудистых бассейнов и выраженностью атеросклероза в брюшной аорте и висцеральных ветвях ($r_s=0,6$, $p<0,001$). Значимым фактором риска развития атеросклероза являются дислипидемические расстройства [12]. Анализ показателей липидограммы не выявил достоверных различий между изучаемыми группами (табл. 1).

Большой интерес вызывает изучение связи атеросклероза брюшной аорты и ее висцеральных ветвей и клинических проявлений гастроинтестинальной патологии. В табл. 2 приведена частота основных нозологических форм (в соответствии с МКБ 10) у обследованных пациентов. Следует отметить, что у всех пациентов имелось сочетание патологии различных отделов желудочно-кишечного тракта, что согласуется с данными других авторов [8]. При этом у больных 2 и 3 групп в большем количестве случаев длитель-

Таблица 1

Клиническая характеристика и показатели липидемии больных пожилого и старческого возраста с хроническими заболеваниями органов пищеварения в зависимости от состояния кровотока в бассейне брюшной аорты

Показатель	Группа 1 n=22	Группа 2 n=64	Группа 3 n=68	P
Возраст, годы	65,0±7,12**	70,3±7,27*	74,2±6,7 [#]	0,002
Пол: мужской женский	7 (32%) 15 (68%)	20 (31%) 44 (69%)	27 (40%) 41 (60%)	0,464
Курение в анамнезе	3 (14%)	7 (11%)	14 (21%)	0,553
Злоупотребление алкоголем в анамнезе	2 (10%)	3 (5%)	7 (10%)	0,474
ГБ	13 (59%)**	61 (95%)*	68 (100%)	0,001
Анамнез ГБ ≥ 10 лет	2 (10%)**	37 (63%)*	56 (82%) [#]	0,002
ИБС	5 (23%)**	52 (81%)*	60 (89%)	0,001
ИБС. Стенокардия напряжения III-IVФК	1 (5%)**	12(19%)	27(40%) [#]	0,002
ЦВБ	5 (23%)**	32(50%)*	49(72%) [#]	0,001
ОНМК в анамнез	2(10%)	4 (6%)	6 (8%)	0,853
Атеросклероз сосудов нижних конечностей	0**	0	12 (18%) [#]	0,001
Сахарный диабет 2-го типа	1 (5%)	5 (8%)	11 (16%)	0,256
Патология щитовидной железы	1 (5%)	6 (9%)	11 (16%)	0,274
органов дыхания	2 (10%)	9 (14%)	14 (21%)	0,615
мочевыделительной системы	4 (18%)	21 (33%)	17 (25%)	0,298
опорно-двигательной системы	2 (10%)	14 (22%)	13 (19%)	0,418
Показатели липидемии				
ОХ, ммоль/л	4,96±1,09	5,13±1,10	5,97±1,09	0,812
ТГ, ммоль/л	1,43±0,79	1,34±0,91	1,21±0,73	0,363
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,27±0,46	1,27±0,23	1,25±0,29	0,398
ХС ЛПНП, ммоль/л	2,96±1,23	3,34±1,05	3,16±0,10	0,434
ХС ЛПОН, ммоль/л	0,85±0,69	0,61±0,48	0,66±0,55	0,379
Коэффициент атерогенности, отн. ед.	3,28±1,29	3,18±1,33	3,11±1,81	0,796

Примечание: оценка статистической неоднородности групп проводилась с помощью критерия Крускала-Уоллиса, с последующим уточнением характера различий по критерию χ^2 ; * - различия между показателями 1 и 2 групп достоверны при $p < 0,05$; ** - различия между показателями 1 и 3 групп достоверны при $p < 0,05$; # - различия между показателями 2 и 3 групп достоверны при $p < 0,05$.

ность анамнеза гастроинтестинальной патологии превышала 10 лет. Наиболее часто у пациентов без атеросклероза брюшной аорты выставлен диагноз хронический колит (55%), у больных с атеросклерозом брюшной аорты – хронический гастрит (72% больных во 2 группе и 67% в 3 группе). При этом эрозии в антральном отделе желудка чаще были выявлены у больных с атеросклерозом брюшной аорты ($p=0,03$). Язвенная болезнь (ЯБ) желудка с большей частотой отмечена у пациентов с гемодинамическими нарушениями в бассейне брюшной аорты ($p=0,004$), чем у больных без нарушения кровотока. В отношении ЯБ двенадцатиперстной кишки (ДПК) такой закономерности выявлено не было. Интересным является тот факт, что частота выявления инфекции *Helicobacter pylori* по результатам гистологического

исследования биоптатов слизистой оболочки желудка была не высокой и не различалась между группами (10% пациентов в 1 группе, 11% во 2-й и 10% в 3 группах). Также выявлены различия в структуре патологии гепатобилиарной системы между группами пациентов с гемодинамическими нарушениями в бассейне брюшной аорты и без. Так, у пациентов 3 группы чаще встречается хронический калькулезный холецистит ($p=0,02$), реже – бескаменный холецистит ($p=0,03$).

Наличие стенозирующего процесса в брюшной аорте и висцеральных артериях может приводить к гипоксии различных отделов пищеварительного тракта, что проявляет себя клиникой хронической ишемической болезни органов пищеварения [3, 7, 9, 11]. Для этого страдания считается характерной триада симптомов: боли в жи-

воте после еды, расстройства стула и похудание [7, 9, 12]. В связи с этим, помимо анализа структуры патологии пищеварительного тракта, проведено исследование основных клинических проявлений гастроинтестинальной патологии у пациентов в зависимости от выраженности атеросклеротического процесса в брюшной аорте (табл. 3).

Абдоминальный болевой синдром был самой распространенной жалобой у пациентов всех групп, однако больных с атеросклерозом брюшной аорты чаще беспокоили боли в эпигастрии ($p=0,04$ при сравнении со 2 группой и $p=0,03$ при сравнении с 3 группой), а при наличии гемодинамических нарушений также и в околопупочной области ($p=0,01$). Для пациентов всех групп характерна различная интенсивность болевого синдрома. Особенностью абдоминального болевого синдрома при выраженном атеросклерозе брюшной аорты можно считать его связь с физической нагрузкой ($p=0,04$ при сравнении 1 и 2 группы, $p=0,006$ при сравнении 2 и 3 групп) и с объемом съеденной пищи в большей степени, чем с характером и временем принятия пищи ($p<0,001$), что согласуется с данными литературы [3, 7, 9]. Среди явлений желудочной диспепсии у больных с атеросклерозом брюшной аорты чаще встречалась изжога ($p=0,01$). Однако такие жалобы, как диарея и похудение, по данным проведенного исследования, в большей степени присутствовали у пациентов без атеросклероза брюшной аорты (соответственно $p=0,009$ и $p=0,004$). Наибольшее

значение из физикальных симптомов для выявления атеросклеротического поражения брюшной аорты имел систолический шум в точке аускультации брюшной аорты, который достоверно чаще выявлялся у пациентов 3 группы ($p=0,03$).

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы: выраженность атеросклероза в брюшной аорте и ее висцеральных ветвях соответствует количеству сосудистых бассейнов, вовлеченных в атеросклеротический процесс (церебральных, коронарных артерий и сосудов нижних конечностей). Ишемическая болезнь сердца характеризуется более тяжелым течением у пациентов с гемодинамическими нарушениями в артериях, питающих органы пищеварения. У больных с выраженным атеросклерозом брюшной аорты чаще выявлялись эрозивно-язвенные поражения желудка и хронический калькулезный холецистит. Наиболее характерными клиническими проявлениями при стенозирующих поражениях в бассейне брюшной аорты можно считать боли в эпигастрии и околопупочной области, связанные с физическими нагрузками и объемом пищи, а также систолический шум при аускультации брюшной аорты. В целом, полученные данные позволяют рекомендовать включение исследования сосудов брюшной полости в диагностический алгоритм у пациентов пожилого и старческого возраста с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Таблица 2

Заболевания органов пищеварения у больных пожилого и старческого возраста в зависимости от состояния кровотока в бассейне брюшной аорты

Показатель	Группа 1 n=22	Группа 2 n=64	Группа 3 n=68	p
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	4 (18%)	20 (33%)	25 (38%)	0,267
Хронический гастрит	9 (40%)**	46 (72%)*	46 (67%)	0,020
Эрозии в антральном отделе желудка	0	10 (16%)*	8 (12%)	0,046
ЯБ желудка	1 (5%)	2 (3%)	13 (19%)#	0,007
ЯБ ДПК	5 (23%)	6 (9%)	14 (21%)	0,148
Хронический панкреатит	6 (27%)	12 (19%)	14 (21%)	0,698
Стеатоз печени	4 (18%)	16 (25%)	16 (24%)	0,809
ЖКБ	6 (27%)	18 (28%)	19 (28%)	0,1770,0
Хронический калькулезный холецистит	2 (10%)	1 (2%)	8 (12%)#	47
Холецистэктомия в анамнезе	4 (18%)	17 (27%)	11 (16%)	0,325
Хронический бескаменный холецистит	5 (23%)	25 (39%)	11 (16%)#	0,050
Хронический колит	12 (55%)	23 (34%)	30 (44%)	0,243
Дивертикулярная болезнь толстой кишки	3 (14%)	4 (6%)	11 (16%)	0,120
Длительность анамнеза гастроинтестинальной патологии ≥ 10 лет	8 (36%)**	32 (50%)	49 (73%)#	0,020

Примечание: то же для таблицы 1.