

№ 2 (30). – С. 98-102.

11. Романова А. Н., Воевода М. И., Гольдерова А. С. Метаболический синдром и коронарный атеросклероз у жителей Якутии / А. Н. Романова, М. И. Воевода, А. С. Гольдерова // Бюллетень СО РАМН. – 2011. – Т. 31 (№ 5). – С. 90-99.

12. Созонова К. К., Симонова Г. И., Щербакова Л. В. Распространенность метаболического синдрома среди мужчин и женщин г. Якутска от 60 лет и старше (по критериям АТР III (NCEP) 2001 г.) / К. К. Созонова, Г. И. Симонова, Л. В. Щербакова, Е. С. Кылбанова, О. В. Татарина // Метаболический синдром: современные подходы диагностики, профилактики и лечения у жителей Якутии (28 апреля 2011 г., г. Якутск). – 2011. – С. 73-75.

13. Алиментарная коррекция нарушений пищевого статуса у пациентов с метаболическим синдромом / А. В. Погожева, С. А. Дербенева, А. Р. Богданов, Б. С. Каганов // Вопросы питания. – 2009. – № 6. – С. 42-47.

14. В. Фонсеки. Метаболический синдром: Пер. с англ. – М.: «Практика», 2011. – 272 с.

15. Изучение фактического питания – важное звено в многоуровневой системе диагностики нарушений пищевого статуса у пациентов с ожирением / Л. В. Блохина, Н. М. Кондакова, А. В. Погожева и др. // Вопросы питания. – 2009.

– № 5. – С. 35-39.

16. Boden G. Obesity, insulin resistance, Type 2 diabetes and free fat acids / G. Boden // Expert Rev. Endocrinol. Metab. – 2006. – № 4 (1). – Р. 499-505.

17. Рацион питания и предупреждение хронических заболеваний // ВОЗ. – Серия технических докладов. – 2003. – 196 с.

18. Executive Summary of the Third Report of the National cholesterol Education Programm (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adult (Adult Treatment Panel III) // JAMA. 2001. 285. Р. 2486-2497.

19. Альбом порций продуктов и блюд / А. Н. Мартинчик, А. К. Батуринов, В. С. Баева и др. – М., 1995. – 68 с.

20. Скурихин И. М., Тутельян В. А. Таблицы химического состава и калорийности российских продуктов питания. Справочник. – М.: Де Ли принт, 2002. – 236 с.

21. Тутельян В. А. О нормах физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации / В. А. Тутельян // Вопросы питания. – 2009. – № 1. – С. 4-15.

22. Wong N. Screening and risk stratification of patient with the metabolic syndrome and diabetes / N. Wong // Expert Rev. Cardiovasc. Ther. – 2006. – № 4 (2). – Р. 181-190.



УДК 612.172.1 (571.56)

А. М. Постникова, Л. Г. Чибьева, Л. В. Дайбанырова, Н. Н. Васильев

ВЛИЯНИЕ НИТРАТОВ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ И АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ НА СЛИЗИстую ОБОЛОЧКУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Оценивалась зависимость выявления гастродуоденальных язв у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), получающих нитраты и ацетилсалициловую кислоту, коренных и некоренных национальностей. Выявлено, что риск развития язв у больных коренной национальности возрастает при приеме ацетилсалициловой кислоты и наличии ИБС. Суточный уровень интрагастральной кислотности у больных ишемической болезнью сердца некоренных национальностей выше по сравнению с больными коренных национальностей.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, ацетилсалициловая кислота, нитраты, эрозивно-язвенные поражения, гастродуоденальная зона, слизистая оболочка, желудок, двенадцатиперстная кишка, *Helicobacter pylori*, интрагастральная кислотность.

ПОСТНИКОВА Анна Михайловна – аспирант кафедры пропедевтической и факультетской терапии с эндокринологией и ЛФК МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, врач-гастроэнтеролог ГБУ «Якутская городская клиническая больница».

E-mail: posanna@mail.ru

ЧИБЬЕВА Людмила Григорьевна – д. м. н., профессор кафедры пропедевтической и факультетской терапии с эндокринологией и ЛФК МИ СВФУ им. М.К. Аммосова.

E-mail: chibyeval@mail.ru

ДАЙБАНЫРОВА Лилия Владимировна – к. м. н., доцент кафедры пропедевтической и факультетской терапии с эндокринологией и ЛФК МИ СВФУ им. М.К. Аммосова.

E-mail: lilday@mail.ru

ВАСИЛЬЕВ Николай Николаевич – к. м. н., главный врач ГБУ «Якутская городская клиническая больница».

A. M. Postnikova, L. G. Chibyeva, L. V. Daibanyrova, N. N. Vasiliev

Influence of durable action nitrate and aspirin on the mucous membrane of gastro-duodenal zone while ischemic heart disease

The dependence of gastro-duodenal ulcer occurrence with indigenous and non-indigenous patients with ischemic heart disease, that get nitrates and aspirin was estimated. It is revealed that the risk of ulcer development of indigenous patients is bigger if they take aspirin and if they have ischemic heart disease. Daily stage of intragastric acidity of non-indigenous patients with ischemic heart disease is higher comparing to indigenous patients.

Key words: ischemic heart disease, aspirin, nitrates, erosive canker, gastro-duodenal zone, mucous membrane, stomach, duodenum, *Helicobacter pylori*, intragastric acidity.

Болезни сердечно-сосудистой и пищеварительной систем являются наиболее ресурсоемкими, отличающимися высокой степенью сочетаемости и множественности, повторностью посещений лечебных учреждений и продолжительностью госпитализации, первичной инвалидизацией и преждевременной смертностью, что оправданно выводит их профилактики и лечение на уровень одного из приоритетных направлений медицины [1]. В последнее время внимание исследователей все больше привлекает проблема заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сочетанных с патологией сердечно-сосудистой системы [2, 3].

Проблема гастродуоденальных повреждений, сочетанных с ишемической болезнью сердца, в условиях Республики Саха (Якутия), недостаточно изучена. Вместе с тем отмечается рост числа больных, страдающих ишемической болезнью сердца, нуждающихся в длительном приеме нитратов пролонгированного действия (НПД) и ацетилсалициловой кислоты (АСК) с явлениями гастропатии. Это обуславливает несомненную актуальность исследования [4, 5]. Следовательно, существует реальная необходимость выяснения секреторной функции желудка, определения частоты инфицирования *Helicobacter pylori* (Hр) у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, сочетанных с патологией сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, проведение исследования желудка и двенадцатиперстной кишки у больных ИБС, получающих нитраты пролонгированного действия и ацетилсалициловую кислоту, основанного на комплексном изучении клинических и эндоскопических проявлений, представляет несомненный научный интерес.

Цель исследования – изучение клинико-морфологических особенностей поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных ишемической болезнью сердца, принимающих нитраты пролонгированного действия и ацетилсалициловую кислоту.

Исследование проводилось на базе гастроэнтеро-

логического отделения ГБУ «Якутская городская клиническая больница». Всего под наблюдением находилось 189 больных с эрозивно-язвенным поражением гастродуоденальной зоны (ЭЯП ГДЗ) при ИБС. Все больные были разделены на три группы: 1 группа – 129 больных язвенной болезнью (ЯБ) с ИБС, из них коренных – 61 (47,3 %), в том числе мужчин – 40 (65,5 %), женщин – 21 (34,5 %); некоренных – 68 (52,7 %), в том числе мужчин – 43 (63,2 %), женщин – 25 (36,8 %). 2 группа – 30 больных ИБС с симптоматическими ЭЯП ГДЗ: коренных – 17 (56,6 %), в том числе мужчин – 12 (70,5 %), женщин – 5 (29,5 %); некоренных – 13 (43,4 %), в том числе мужчин – 9 (69,2 %), женщин – 4 (30,8 %). 3 группа, контрольная, была сформирована из 30 больных эрозивно-язвенным поражением желудка и ДПК без патологии сердечно-сосудистой системы, из них коренных 14 (46,6 %), в том числе мужчин – 11 (78,5 %), женщин – 3 (21,5 %); некоренных 16 (53,4 %) пациентов, в том числе мужчин – 9 (56,2 %), женщин – 7 (43,8 %).

Из 189 больных, включенных в исследование, 92 чел. – коренные, 97 – некоренные. Коренными жителями считали якутов, эвенов и эвенков (в исследовании количество якутов составило 97 %), некоренными – всех лиц другой национальности, прибывших из других регионов России и проживающих в Якутии не более 10 лет (в исследовании количество русских составило 94 %). Среди обследованных больных преобладали мужчины – 124 (65,6 %), женщин было в 2 раза меньше – 65 (34,4 %). При этом как среди мужчин, так и среди женщин возраст большинства больных находился в диапазоне от 61 до 70 лет. Средний возраст больных в целом составил $59,57 \pm 9,59$ лет; мужчин – $57,4 \pm 12,64$ лет, женщин – $61,24 \pm 9,8$ лет.

Больные 1 и 2 групп по поводу ИБС в качестве базового лечения принимали следующие препараты: ацетилсалициловую кислоту 0,5 по ¼ табл. на ночь и его аналоги (тромбо-асс, кардиомагнил, аспирин-кардио, аспикор), и нитраты пролонгированного

действия в адекватной дозе в течение 1 – 13 лет.

Больным проводили эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) с биопсией, морфологическим исследованием биоптата, определение наличия Нр в биоптате и иммуноферментным анализом, суточную интрагастральную рН-метрию, ЭКГ, клинические, биохимические анализы.

У обследованных пациентов чаще встречались повреждения желудка и двенадцатиперстной кишки: эрозивно-язвенные повреждения желудка – 93 (49,2 %) и эрозивно-язвенные повреждения луковицы ДПК – 96 пациентов (50,8 %). Среди больных ЭЯП ГДЗ чаще страдают мужчины – 124 пациента, женщин оказалось в 2 раза меньше – 65 пациентов.

Если рассмотреть более подробно, то распределение по локализации ЭЯП ГДЗ в зависимости от этнической принадлежности выглядит следующим образом: у некоренного населения наиболее часто встречается локализация ЭЯП в луковице ДПК – 41 (67,2 %) мужчина и 22 (61,1 %) женщины. Локализация ЭЯП в желудке встречается в 2 раза меньше, чем в ДПК – у 20 (32,8 %) мужчин и 14 (38,9 %) женщин. У мужчин коренного населения преобладает локализация ЭЯП в желудке – 41 больной (65,1 %), тогда как локализация в луковице ДПК – у 22 больных (34,9 %). У женщин коренного населения ЭЯП ГДЗ преимущественно локализованы в желудке – 18 пациентов (62,0±9,0 %), у 11 пациентов (38,0±9,0 %) в ДПК. Во всех сравниваемых группах имеется статистически значимая разница ($p < 0,05$).

Таким образом, подтверждаются литературные данные о том, что у коренного населения преобладает локализация ЭЯП в желудке, а у некоренного населения – в луковице ДПК, при этом имеется гендерное различие – ЭЯП чаще встречаются у мужчин [2, 4, 5].

В проведенном исследовании изучались факторы риска, сочетающие влияние на развитие и течение эрозивно-язвенных повреждений гастродуоденальной зоны. У больных ИБС с ЭЯП ГДЗ наибольшее отрицательное влияние на течение язвенной болезни имеет наследственность, наличие язвенного анамнеза. Во второй группе (у больных ИБС с симптоматическими ЭЯП ГДЗ) язвенного анамнеза не отмечено.

На основании сбора анамнеза данных в 1-й группе (у больных язвенной болезнью (ЯБ) с ИБС) наибольшее отрицательное влияние на течение язвенной болезни имеет наличие язвенного анамнеза – у 52 (85,3 %) коренного ($p < 0,05$) и 62 (91,2 %) некоренного населения ($p < 0,05$), которое статистически значительно чаще в сравнении с контрольной группой. Не менее важное значение одинаково часто в обеих этнических группах имеет психоэмоциональный стресс – у 47 (77,0 %) коренных и 51 (75,0 %) некоренных жителей, что статистически значительно

чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). Чуть меньшее значение имеет нарушение режима и характера питания, в 1-й группе – у 34 (55,7 %) коренных и 39 (57,4 %) некоренных, во 2-й группе – у 11 (82,4 %) коренных ($p < 0,05$) и 8 (61,5 %) некоренных. Курение в равной мере имеет значение во всех исследуемых группах, в 1-й группе – у 32 (52,5 %) коренных и 45 (66,2 %) некоренных, во 2-й группе – у 9 (53,0 %) коренных и 8 (61,5 %) некоренных. Злоупотребление алкоголем встречалось в 1-й группе – у 33 (54,1 %) коренных и 38 (55,9 %) некоренных, во 2-й группе – у 8 (47,1 %) коренных и 7 (53,8 %) некоренных.

В контрольной группе на развитие ЭЯП оказывало влияние наличие язвенного анамнеза – у 11 чел. (78,6 ± 10,7 %) коренного и 14 (87,5 ± 8,3 %) – некоренного населения. Затем идут такие факторы, как курение – 7 (50,0 ± 13,3 %) и 10 (62,5 ± 12,1 %), злоупотребление алкоголем – 8 (57,2 ± 13,2 %) и 8 (50,0 ± 12,5 %), нарушение режима и характера питания – 6 (42,9 ± 13,2 %) и 9 (56,3 ± 12,4 %), психоэмоциональный стресс – 4 (28,6 ± 12,0 %) и 7 (43,8 ± 12,4 %) соответственно.

Таким образом, к факторам риска, осложняющим течение ЭЯП ГДЗ у больных ИБС первой группы, относились наследственный фактор и психоэмоциональное перенапряжение ($p < 0,05$), во второй группе – психоэмоциональное перенапряжение ($p < 0,05$) и нарушение режима, характера питания ($p < 0,05$). Не менее значимы факторы, снижающие резистентность гастродуоденальной слизистой оболочки: курение, злоупотребление алкоголем, имеющие дозозависимый характер. Следует указать на длительное употребление грубой пищи, а также длительные перерывы между приемами пищи как наиболее встречающиеся из алиментарных факторов, влияющих на развитие ЭЯП ГДЗ при ИБС. В контрольной группе наибольшее значение имеют наследственность, курение и злоупотребление алкоголем.

Продолжительность язвенного анамнеза у большинства больных первой группы составила от 6 до 10 лет, тогда как во 2-й группе от 1 года до 5 лет. У большинства больных первой группы язвенная болезнь была диагностирована за 6-10 лет до начала ИБС. От 1 месяца до 1 года – у 4 коренных (6,6 %) и у 3 некоренных (4,5 %); от 1 года до 5 лет у 13 (21,3 %) коренных и 9 (13,2 %) некоренных; от 6 до 10 лет у 26 (42,6 %) коренных и 24 (35,3 %) некоренных; более 10 лет только 18 (29,5 %) коренных и 32 (47 %) некоренных. Во второй группе у больных ИБС были диагностированы симптоматические ЭЯП ГДЗ через 1-5 лет после начала лечения АСК и НПД по поводу основного заболевания сердца. От 1 мес. до 1 года у 5 коренных (29,4 %), ($p < 0,05$), и 4 (30,7 %)

Таблица 1

**Эндоскопическая картина слизистой оболочки гастродуоденальной зоны
у больных ишемической болезнью сердца, абс. число (%)**

Характер ЭЯП ГДЗ	Контрольная группа, n-30	1 группа – ЯБ с ИБС, n-129	2 группа – ИБС с симптоматическими ЭЯП ГДЗ, n-30
Единичные эрозии	9 (30,0 ± 8,3)	41 (31,8 ± 4,1)	13 (43,3 ± 9,0)
Множественные эрозии	6 (20,0 ± 7,3)	54 (41,8 ± 4,3)*	16 (53,3 ± 9,1)*
Язва желудка	14 (46,6 ± 9,1)	32 (24,8 ± 3,8)*	6 (20,0 ± 7,3)*
Язва ДПК	15 (50,0 ± 9,1)	68 (52,7 ± 4,3)	10 (33,3 ± 8,6)
Сочетанные язвы	1 (3,3 ± 3,2)	4 (3,1 ± 1,5)	2 (6,6 ± 4,5)

* Различие статистически значимо при сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$).

некоренных; от 1 года до 5 лет – у 9 (53 %) коренных и 5 (38,5 %) некоренных; от 6 до 10 лет – у 2 коренных (11,7 %) и 1 (7,7 %) некоренного; более 10 лет – только у 1 коренного (5,9 %) и 3 (23,1 %) некоренных.

В клинических проявлениях у коренных больных ЯБ с ИБС преобладали диспепсические явления: чувство переполнения желудка – у 77 больных (83,7 %), снижение аппетита – 54 (64,1 %), отрыжка – 56 (60,9 %), привкус во рту – 47 (51,1 %). У некоренного населения преобладает эпигастралгия – 86 (88,6 %) и изжога – 81 (83,5 %).

У больных обеих этнических групп ИБС с симптоматическими ЭЯП ГДЗ клиника была стертой, без выраженного болевого симптома, с незначительными диспепсическими проявлениями.

Не все больные ИБС принимали комбинацию из НПД и АСК из-за наличия противопоказаний (осложненное течение язвенной болезни), побочных эффектов (головная боль и т. д.) и индивидуальной непереносимости. Из 159 больных только НПД принимали 37 (23,3 %), АСК – 25 (15,8 %) и комбинацию НПД+АСК принимали 97 (60,9 %) человек.

В исследуемых группах преобладали больные с множественными эрозиями СО антрального отдела желудка ($p < 0,05$) (табл. 1).

Единичные эрозии обнаружены у 41 (31,8 ± 4,1 %) больного первой группы и 13 (43,3 ± 9,0 %) больных второй группы. Сочетанные язвы были у 2 больных (6,6 ± 4,5 %) во второй группе и у 4 (3,1 ± 1,5 %) в первой группе исследования – 6,9 %, что сопоставимо с литературными данными [2]. Единичные язвы слизистой оболочки желудка достоверно чаще обнаружены у больных первой группы – 32 (24,8 ± 3,8 %), $p < 0,05$, единичные язвы слизистой оболочки ДПК у больных второй группы – 10 (33,3 ± 8,6 %). По сравнению с контрольной группой у больных, принимающих НПД и АСК, степень обнаружения эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки

желудка и двенадцатиперстной кишки достоверно выше ($p < 0,05$). При сравнении эндоскопической картины больных, принимающих только АСК, с больными, принимающими только НПД, у первых достоверно чаще выявлены язвы ДПК, желудка и сочетанные язвы ($p < 0,05$).

По данным эндоскопического исследования, у больных язвы желудка преимущественно располагались в антральном отделе, а локализация язв в области тела желудка была относительно редкой. Соотношение язв желудка и ДПК у коренных – 2 : 1, у некоренных – 1 : 2. Сочетанные язвы желудка и ДПК отмечены у 4 (3,1 %) больных ЯБ с ИБС и 2 (6,6 %) больных ИБС с симптоматическими ЭЯП ГДЗ. Единичные эрозии выявлены в СОЖ и ДПК у 41 (31,8 %) больного ИБС первой группы и 13 (43,3 %) больных ИБС второй группы. Язву ДПК чаще выявляли у больных ИБС 1-й группы – 68 (52,7 %) и реже во второй группе – 10 (33,3 %). Размер эрозивных дефектов колебался от 1 до 5 мм и составил 2,52 у коренных и 3,85 у некоренных. Размер язвенных дефектов колебался от 5 до 20 мм и в среднем составил 6,1 у коренных и 12,6 у некоренных. Выявлена прямая корреляционная связь между клинической и эндоскопической картиной ЭЯП ГДЗ в обеих исследуемых группах ($r = 0,26$ и $r = 0,81$). По глубине ЭЯП ГДЗ имелись различия: у больных ИБС, принимающих только АСК, ЭЯП ГДЗ были более глубокие, у больных, принимающих НПД, неглубокие.

В эндоскопической картине у больных ИБС, принимающих только НПД, достоверно преобладают множественные эрозии ($p < 0,05$) – 17 (46,0 %); единичные эрозии выявлялись у 14 (37,8 %); язва ДПК – у 5 (13,5 %); язва желудка – у 4 (10,8 %) и сочетанные язвы были обнаружены у 1 больного (2,7 %) (табл. 2).

У больных ИБС, получающих только АСК, при сравнении с контрольной группой достоверно чаще выявляли множественные эрозии ($p < 0,05$)

Таблица 2

Эндоскопическая картина слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных ишемической болезнью сердца, принимающих нитраты пролонгированного действия и ацетилсалициловую кислоту, абс. число (%)

Признаки	Контрольная группа		НПД		АСК	
	n-30	%	n-37	%	n-25	%
Единичные эрозии	9	30,0	14	37,8	8	32,0
Множественные эрозии	6	20,0	17*	46,0	14*	56,0
Язва желудка	14	46,6	4*	10,8	9	36,0
Язва ДПК	15	50,0	5*	13,5	12	48,0
Сочетанные язвы	1	3,3	1	2,7	5	20,0

* Различие статистически значимо при сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$).

– 14 пациентов (56,0 %). Язву ДПК обнаружили у 12 (48,0 %); язву желудка – у 9 (36,0 %); единичные эрозии – у 8 (32,0 %) и сочетанные язвы у 5 (20,0 %) больных ИБС.

Таким образом, можно заметить, что по сравнению с контрольной группой у больных, принимающих НПД и АСК, степень обнаружения эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки достоверно выше. При сравнении эндоскопической картины больных, принимающих только АСК, с больными, принимающими только НПД, достоверно чаще выявлены язвы ДПК, желудка и сочетанные язвы ($p < 0,05$).

Гистоморфологическая картина СОЖ характеризовалась наличием гиперплазии, отека и пролиферации гладкомышечных клеток в собственной пластинке на фоне воспаления (табл. 3).

Установлено, что у больных ИБС 1-й и 2-й групп достоверно преобладала лимфоидная инфильтрация, атрофия желез и кишечная метаплазия ($p < 0,05$), у них также преобладают дистрофические изменения без выраженной воспалительной реакции в области язвы, что соответствует литературным данным [2]. У больных ИБС, принимающих НПД, морфологическая картина существенно не отличается от морфологии контрольной группы, но важно отметить, что в группе больных, принимающих НПД, степень кишечной метаплазии была значительно выше, чем в контрольной группе и в группе принимающих АСК. У больных, принимающих АСК, наиболее часто выявляется лимфоидная и лейкоцитарная инфильтрация [7]. Чуть меньше встречается атрофия желез и значительно реже – кишечная метаплазия. У больных ИБС преобладают дистрофические изменения без

Таблица 3

Сравнительная гистологическая характеристика слизистой оболочки желудка у наблюдаемых больных, абс. число (%)

Признак	Контрольная группа, n-30	1 группа – ЯБ с ИБС, n-26	2 группа – ИБС с симптомат. ЭЯП ГДЗ, n-18
Тело желудка			
Лимфоидная инфильтрация	17 (56,7 ± 9,0)	21 (80,7 ± 7,7)*	17 (94,4 ± 5,4)*
Нейтрофильная инфильтрация	21 (70,0 ± 8,3)	5 (19,2 ± 7,7)*	2 (11,1 ± 7,4)*
Атрофия желез	10 (33,3 ± 8,6)	15 (57,7 ± 9,6)*	13 (72,2 ± 10,5)*
Кишечная метаплазия	12 (40,0 ± 8,9)	11 (42,3 ± 9,6)	9 (50,0 ± 11,7)
Антральный отдел			
Лимфоидная инфильтрация	24 (80,0 ± 7,3)	26 (100,0)*	18 (100,0)*
Нейтрофильная инфильтрация	25 (83,3 ± 6,8)	6 (23,1 ± 8,2)*	3 (16,7 ± 8,7)*
Атрофия желез	5 (16,7 ± 6,8)	13 (50,0 ± 9,8)*	11 (61,1 ± 11,4)*
Кишечная метаплазия	9 (30,0 ± 8,3)	10 (38,5 ± 9,5)	6 (33,3 ± 11,1)

* Различие статистически значимо при сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$).

выраженной воспалительной реакции в области язвы, что соответствует литературным данным [2, 6, 7] (табл. 3).

В данное исследование включены больные Нр положительные с различной степенью обсемененности. При гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка выявлено достоверное различие в степени инфицированности СОЖ Нр в наблюдаемых группах. Так, во всех исследуемых группах преобладала слабая степень (+) обсемененности Нр: 12 (40,0 %) в контрольной группе, 13 (43,3 %) во второй группе и 47 (36,4 %) в первой группе. Тяжелая степень (+++) обсемененности Нр выявлена у 9 больных (30,0 %) контрольной группы, 46 (35,7 %) – первой и 12 (40,0 %) второй группы. Во всех трех группах наименее часто встречалась средняя степень обсемененности Нр.

Во всех исследуемых группах у коренных достоверно преобладала слабая степень (+) обсеменения Нр – 9 пациентов (64,3 %) в контрольной группе, 31 (50,8 %) – в первой и 10 (58,8 %) – во второй группе ($p < 0,05$). У некоренных достоверно преобладала тяжелая степень обсеменения Нр (+++) – 7 больных (43,7 %) контрольной группы, 32 (47,1 %) – первой и 7 (53,8 %) – второй группы ($p < 0,05$). Меньше всего больных пришлось на Нр обсемененность средней степени (++)

У 51,1 % коренных больных при незначительной степени Нр инфицированности (Нр+) изменения СОЖ были более выражены, чем у 45,3 % некоренных с более тяжелой степенью обсемененности (Нр+++). Выявлена обратная корреляционная связь между степенью инфицированности Нр и выраженностью атрофических изменений СОЖ у больных с ИБС ($r = -0,57$ и $-0,85$). По сравнению с контрольной группой у подавляющего большинства больных ИБС, принимающих НПД и АСК, Нр-обсемененность была средней и легкой степени, тогда как у большинства больных контрольной группы с ЭЯП ГДЗ без патологии сердечно-сосудистой системы была обнаружена Нр-обсемененность легкой и тяжелой степени в одинаковом соотношении.

Среднесуточный уровень pH у больных первой группы ЯБ с ИБС у коренных составил $2,5 \pm 1,3$, в то время как у некоренных – $1,0 \pm 0,4$; у больных второй группы ИБС с симптоматическими ЭЯП ГДЗ составил соответственно $3,4 \pm 0,7$ и $1,5 \pm 0,6$.

На фоне приема ингибиторов протонной помпы во всех исследуемых группах наблюдалось достоверное снижение кислотопродуцирующей функции желудка – $4,2 \pm 1,5$. Средние показатели pH после курсового лечения снижались и составили в среднем $1,5 \pm 0,6$ (до лечения – $1,0 \pm 0,3$).

Эрозивно-язвенные повреждения СОЖ у коренных больных чаще встречались на фоне гипоацидности, у некоренных – на фоне гиперацидности. Существенной разницы уровня интрагастральной кислотности в исследуемых группах не выявлено. Так, у коренных больных во всех исследуемых группах выявлена гипоацидность, у некоренных – нормацидность и гиперацидность, независимо от наличия ИБС и приема НПД и АСК.

Динамика заживления эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны отражена в табл. 4.

Сроки заживления ЭЯП у больных с ИБС достоверно больше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). Так, в контрольной группе у 26 (86,7 %) больных рубцевание ЭЯП ГДЗ происходит за 2 недели, за 4 недели рубцевание происходит у 30 (100,0 %). В первой группе у больных ЯБ с ИБС за 2 недели рубцевание ЭЯП ГДЗ произошло всего у 21 (16,3 %), за 4 недели – у 70 (54,3 %), за 6 – у 106 (82,2 %) и более 6 недель – у 129 (100,0 %) больных. Во второй группе у больных ИБС с симптоматическими ЭЯП ГДЗ за 2 недели рубцевание произошло всего у 4 (13,3 %), за 4 недели – у 13 (43,3 %), за 6 – у 24 (80,0 %) и более 6 недель – у 30 чел. (100,0 %).

Имеются достоверные свидетельства о существенном отрицательном влиянии, оказываемом ИБС на клиническое течение ЭЯП ГДЗ. Наличие ИБС было ассоциировано с замедлением репаративных процессов, удлинением сроков рубцевания. После проведения противоязвенной терапии в наблюдаемых группах отмечалась положительная динамика морфо-

Таблица 4

Динамика заживления эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны, абс. число (%)

Динамика заживления ЭЯП ГДЗ	Контрольная группа, n-30	1 группа – ЯБ с ИБС, n-129	2 группа – ИБС с симптоматическими ЭЯП ГДЗ, n-30
2 недели	26 (86,7 $\pm$ 6,2)	21 (16,3 $\pm$ 3,2)*	4 (13,3 $\pm$ 6,2)*
4 недели	30 (100,0)	70 (54 $\pm$ 4,3)*	13 (43,3 $\pm$ 9,0)*
6 недель	30 (100,0)	106 (82,2 $\pm$ 3,3)*	24 (80,0 $\pm$ 7,3)*
Более 6 недель	30 (100,0)	129 (100,0)*	30 (100,0)

логических изменений слизистой оболочки желудка. Через 6 недель после проведения терапии у больных отмечалось существенное улучшение, уменьшение лейкоцитарной инфильтрации, которая является основным критерием активности хронического гастрита (табл. 4).

В клинической картине у коренных выявляется меньшая частота болевого синдрома, преобладание диспепсических расстройств, $p < 0,05$, у некоренных преобладает болевой синдром и изжога, $p < 0,05$. При эндоскопическом исследовании у коренных больных ИБС, принимающих НПД и АСК, достоверно чаще ($p < 0,05$) выявлялись множественные эрозии на фоне атрофического гастрита и язвы желудка. У некоренных этой группы больных преобладали единичные и множественные эрозии и язвы ДПК. У больных, принимающих только НПД, преобладали поверхностные эрозии, сроки заживления были несколько короче, чем у больных, принимающих только АСК и комбинацию НПД+АСК. При морфологическом исследовании гастробиоптатов у коренных преобладала умеренная степень атрофии, кишечная метаплазия и дисплазия. У некоренных чаще выявлена слабая степень атрофии слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Обсемененность антрального отдела СОЖ слабой степени Нр (+) у коренных была достоверно выше ($p < 0,05$), а у некоренных достоверно преобладала тяжелая степень обсемененности Нр (+++) ($p < 0,05$). Эрозивно-язвенные изменения СОЖ у больных ЯБ с ИБС и больных ИБС с симптоматическими ЭЯП ГДЗ возникли: у коренных на фоне базальной гипоацидности ($2,5 \pm 0,8$ и $3,4 \pm 0,7$), у некоренных на фоне

гиперацидности ($1,0 \pm 0,4$ и $1,5 \pm 0,6$ соответственно).

Л и т е р а т у р а

1. Григорьев П. Я., Яковенко А. В. Клиническая гастроэнтерология. – М.: МИА. – 2001. – 693 с.
2. Звенигородская Л. А., Горуновская И. Г. Особенности язвенной болезни у пожилых лиц с сопутствующей ишемической болезнью сердца // Экспериментальная гастроэнтерология. – 2002. – № 3. – С. 16–21.
3. Лазебник Л. Б., Васильев Ю. В. VIII съезд научного общества гастроэнтерологов России. Стандарты “Диагностика и терапия кислотозависимых заболеваний, в том числе ассоциированных с *Helicobacter pylori*” // Экспер. клин. и гастроэнтерол. – 2008. – № 3. – С. 130–134.
4. Постникова А. М., Чибыева Л. Г., Баланова О. П. Уровень интрагастральной кислотности у больных с заболеванием пищевода и желудка в различных этнических группах, проживающих в условиях Севера // Якутский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 166–168.
5. Чибыева Л. Г., Федотова А. П., Васильев Н. Н. Гастродуоденальные повреждения, индуцированные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, в условиях Республики Саха (Якутия) // Вестник СВФУ. – Якутск. – 2010. – Т. 7. – № 4. – С. 41–47.
6. Laheij R. J., Jansen J. E., Verbeek A. L. *Helicobacter pylori* infection as a risk factor for gastrointestinal symptoms in patients using aspirin to prevent ischemic heart disease // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2001. – Vol. 15. – P. 1055–1059.
7. Lanas A. Nitrovasodilators, low-dose aspirin, other nonsteroidal antiinflammatory drugs, and the risk of upper gastrointestinal bleeding // N. Engl. J. Med. – 2000. – Vol. 343. – № 12. – P. 834–839.

