

Материал и методы. В исследование были включены пациенты в возрасте от 21 до 91 года (средний возраст – 59 ± 12), проходившие обследование в НИИЦ кардиологии, без тяжелого поражения почек (СКФ < 30 мл/мин/1,73м²) и давшие согласие на участие в исследовании. Всем пациентам были измерены показатели липидного спектра, концентрация Лп(а) и С-реактивного белка. После предварительного скрининга были отобраны пациенты с концентрацией Лп (а) свыше 10 мг/дл для последующего определения фенотипа Апо (а). Фенотипирование Апо (а) проводили методом электрофореза в полиакриламидном геле с последующим иммуноблоттингом с использованием моноспецифических поликлональных антител барана против Лп (а) человека. Изоформы Апо (а) делили относительно молекулярной массы на низкомолекулярные (НМ) – менее 580 кДа и высокомолекулярные (ВМ) – 580 кДа и более.

Результаты. В зависимости от фенотипа Апо (а) (695 пациентов) больные были разделены на две группы: имеющие ВМ изоформы Апо (а) (группа 1, $n=397$) и хотя бы одну НМ изоформу Апо (а) (группа 2, $n=298$). Группы не различались по возрасту, полу, статусу курения, индексу массы тела (ИМТ), а также основным показателям липидного спектра. В группе 2 больные чаще переносили инфаркт миокарда, реже встречался сахарный

диабет 2 типа. Концентрация Лп(а) в группе 1 была достоверно ниже (медиана [25; 75%] – 20 [18,2; 22,49 мг/дл], чем в группе 2–55,5 [50,0; 62,0] мг/дл. Уровень С-реактивного белка был выше в группе 1–7,3 [5,9; 13,2 мг/л], чем в группе 2–6,6 [4,6; 8,9 мг/л]. По результатам однофакторного корреляционного анализа концентрация Лп(а) была слабо связана с артериальной гипертензией как в общей группе ($r=0,13$), так и в группе пациентов с ВМ Апо (а) ($r=0,17$), соответственно для всех $p < 0,01$. Наличие НМ изоформ Апо (а) ассоциировалось с диагностированной у пациента артериальной гипертензией с отношением шансов 1,6 (95% доверительный интервал (ДИ) 1,2–2,3; $p < 0,005$). Повышенная концентрация Лп (а) ≥ 30 мг/дл у пациентов с ВМ фенотипом Апо (а) была связана с АГ с ОШ 1,9 (95% ДИ 1,2–2,9; $p < 0,01$). Относительно группы пациентов с ВМ фенотипом и концентрацией Лп (а) менее 30 мг/дл, наличие у больных НМ фенотипа Апо (а) и концентрации Лп(а) как более, так и менее 30 мг/дл, ассоциировалось с двукратным увеличением частоты АГ – ОШ 2,2 (1,4–2,9) и 1,9 (1,1–3,4), соответственно, $p < 0,05$ для всех.

Заключение. Повышенная концентрация Лп (а) и низкомолекулярный фенотип Апо(а) связаны с наличием артериальной гипертензии у пациентов с атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

ВЛИЯНИЕ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА НА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

КОДИРОВ Ш.С.¹, ДАМИНОВА Л.Т.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии;

²Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент. Узбекистан

Введение. Патогенетические звенья при синдромах хеликобактериоза и ишемической болезни сердца (ИБС) отмечаются однородностью выделяемого окислительного стресса за счет активации фагоцитов и активного участия лейкоцитов в формировании процессов воспаления при адгезии на слизистой оболочке желудка. Возникновению перекрестной иммунизации у 90% пациентов данной синдрома обусловлено наличием антител против *VacA* и *CagA* и депрессивного звена иммунитета, а также экспрессии на ней антигенов. В свою очередь, направленная против микроорганизмов персистирующая антигенная агрессия при НР-инфекции желудка и двенадцатиперстной кишке (ДПК) образует значительное количество циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), как ответная иммунная реакция.

В свою очередь, предохраняющим механизмом от действия реактивного кислорода служит выработка супероксиддисмутазы (СОД) самой НР, препятствующей контакту с лейкоцитами, а также каталазу, тормозящую процесс фагоцитоз. Данный механизм лежит в основе существующего мнения,

что иммунперсистирующая НР-инфекция с подерживающим иммунокомплексным воспалением лежит в основе усугубляющегося течения ИБС.

Цель исследования. Изучение течения ИБС на основе эндоскопических изменений слизистой оболочки желудка и состояния кислородозависимого метаболизма нейтрофилов.

Материал и методы. Обследование слизистой оболочки желудка методом эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) на аппарате PENTAX 5000 и FUJINON 2500 (Япония) осуществлено у 148 больных (возраст $63,3 \pm 14,2$ лет) с ИБС (острый инфаркт миокарда – 2,7%, прогрессирующая напряженная стенокардия – 79,74%, напряженная стенокардия, функциональный класс III–IV – 17,56%). Методы иммуно-ферментного анализа (ИФА), исследование наличия НР в крови.

Результаты и обсуждение. Анамнестически установлено, что ИБС у 71% больных протекало на фоне артериальной гипертензии (АГ) и хронического гастрита, в 34% случаях больные перенесли инфаркт миокарда (ИМ), сахарный диабет (СД) установлен у 15,54%.

Анализ эндоскопического исследования больных с обострением ИБС определил недостаточность кардиального жома (17%), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (8%) (скользящая и аксиальная), рефлюкс-эзофагит (по Savary-Miilleru) 1–3 степени (34%). Язвенные процессы устанавливались в антральном отделе (53,4%), в пилорическом отделе (8,1%), кардиальном отделе (10,1%), повышенное слизообразование (93%) и усиление микроциркуляции (петехии) – 85%. Атрофические изменения устанавливались в 91%, больше в антральных отделах, а во всех других отделах до 5–8%.

Согласно полученным лабораторным исследованиям (ИФА) у больных (19,6%) достоверно чаще имела место сильная степень обсеменения НР (в 8,2%), 6,5% – средняя степень, в 4,9% – слабая. Следовательно, при ИБС в большинстве случаев антральный гастрит преобладает с нарушением микроциркуляции.

СТРУКТУРА ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА

КОДИРОВ Ш.С.¹, ДАМИНОВА Л.Т.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии;

²Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент. Узбекистан

Современные исследования синтропии *Helicobacter pylori* (НР) и ишемической болезни сердца (ИБС) не привели еще к окончательному выводу о наличии определенной связи между ними. Разночтения в одних сериях работ выявляют двух-, трехкратное увеличение риска ИБС при НР-инфекции, в других – отсутствует увлечение риска течения ИБС при НР-инфицировании. Однако, в большинстве исследований независимым фактором риска ИБС все же констатировано влияние НР-инфекции, даже у некурящих и не страдающих сахарным диабетом (СД) пациентов.

В структуре специальных исследований показан акцент высокой частоты НР-инфекции у больных ИБС в сравнении с пациентами, не имеющими патологии коронарных артерий. Однако наличие НР-инфекции у пациентов ИБС не служит предиктором тяжелого течения патологии коронарных артерий, что свою очередь не влияет на показатель летальности при ИБС. Серия целенаправленных исследований выявляет ассоциированность НР-инфекции при ИБС, ссылаясь на возможно высокое распространение более вирулентных штаммов НР. Проблема распространенности вирулентных цитотоксических штаммов НР (CagA) у пациентов с острой и хронической стадиями ИБС различаются незначительно. В сравнении с общей популяцией пациенты с ИБС имеют более высокую распространенность НР-инфекции.

Цель работы. Установить структуру гастроэнтерологических осложнений у пациентов при синтропии ИБС и хеликобактериозе.

Изучение кислородзависимого метаболизма нейтрофилов в зависимости от наличия и степени обсеменения НР слизистой оболочки антрального отдела желудка выявило связь увеличения степени обсеменения НР слизистой оболочки антрального отдела желудка с повышенным слизообразованием, эрозивно-язвенным поражением, атрофическими изменениями слизистой оболочки.

Инфекция НР способствует индукции генерализованного воспаления с активацией фагоцитов и клеток эндотелия. Следствием данного процесса является синтез противовоспалительных медиаторов, уровень которых достоверно повышается при обострении ИБС и свидетельствует о системном воспалении.

Выводы. Изменения слизистой желудка в виде эрозивно-язвенных поражений характеризуются количественным локальным содержанием НР-инфекции.

Материал и методы. Обследованы 148 больных с ИБС (острый инфаркт миокарда – 2,7%, прогрессирующая напряженная стенокардия – 79,74%, напряженная стенокардия, функциональный класс III–IV – 17,56%), средний возраст которых составил 32–56 лет. Обследование слизистой оболочки желудка и ДПК проводили методом эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) на аппарате PENTAX 5000 и FUJINON 2500 (Япония). Исследование наличия НР-инфекции устанавливалось в крови на основании иммунно-ферментного анализа (ИФА-аппарат).

Результаты и обсуждение. Анамнестически установлено, что ИБС протекало с нарушением ритма сердца у 16,21%, ИБС без инфаркта миокарда в анамнезе – у 25,67%, ИБС с постинфарктным кардиосклерозом – у 41,89%, острый инфаркт миокарда (ОИМ) – у 5,4%, порок сердца – у 5,6%, гипертоническая болезнь (ГБ) – у 64,86% пациентов.

Целенаправленный анализ эндоскопического исследования больных с ИБС установил наличие эрозивно-язвенного процесса желудка и ДПК (94,6%), среди которых у мужчин – в 46,48%, у женщин – в 34,10%. Отмечено, что атрофические изменения в антральных отделах (91%) желудка больше, чем во всех других отделах (до 5–8%).

Согласно классификации по Форресту, осложненные формы язв желудка и ДПК выявлены различной степени тяжести. Проведенные исследования установили, что осложнение язв желудка