

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.

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.

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.

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 желуд-

ка и ДПК по Форрест-1а определилось у одного больного (2,17%), по Форресту-2в – 13 (28,26%), по Форресту-2с – 21 (45,65). Единичные (39,19%) и множественные язвы (59,46%) желудка и ДПК выявлены из общего количества эрозивно-язвенных образований у пациентов.

Рассматривая полученные лабораторные исследования (ИФА) у больных (37,1%) с эрозиями-язвами желудка и ДПК достоверно чаще имела место сильная степень обсеменения НР (в 17,56%), 12,16% – средняя степень, в 7,4% – слабая. Следовательно, при ИБС в большинстве случаев гастриты и дуодениты сопровождаются преобладанием нарушений микроциркуляции с последующим присоединением НР.

Анализ полученных данных свидетельствует о преимущественном поражении желудка и ДПК

эрозивно-язвенными процессами у лиц в возрасте 32–45 лет, с преобладающими факторами риска (вредные привычки, несистематическое лечение, нарушение диеты, адинамия, стрессовые состояния). В связи с тем, что слизистая оболочка желудка и ДПК менее защищена, присоединение НР-инфекции является следствием нарушений микроциркуляторного русла.

Выводы. В структуре эрозивно-язвенных процессов желудка и ДПК определяются высокая частота и выраженность клинической картины. Гастроэнтерологические осложнения и наличие НР-инфекции обусловлено выраженностью образа жизни, стрессовыми факторами и, несомненно, нарушениями локальной микроциркуляции. Определенный возрастной акцент установлен у лиц трудоспособного возраста.

ЛИПИДСНИЖАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АТЕРОСКЛЕРОЗА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

КУДРЯШОВ Е.А.¹, ГРЕБЕННИКОВА С.Р.¹, МАХНО О.О.¹, КУЗЬМЕНКО Ю.В.¹, ДЖАНТЕМИРОВА Л.Р.¹, СКИБИЦКИЙ В.В.¹, КУДРЯШОВА Ю.А.²

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»;

²ФГБОУ ВО КГУФКСТ, г. Краснодар. Россия

Введение. Гиполипидемическая терапия является важным компонентом современного лечения больных с клиническими проявлениями атеросклероза.

Цель исследования. Оценить особенности липидснижающей терапии у больных с клиническими проявлениями атеросклероза (ИБС) и/или сахарным диабетом и/или перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения/транзиторной ишемической атакой (ОНМК/ТИА) на амбулаторном этапе.

Материал и методы. Обследованы 90 пациентов обоего пола (37 мужчин и 53 женщины, средний возраст – 67,1±5,4 лет), находившихся на лечении в кардиологическом отделении №2 КГК БСМП с диагнозами: ИБС и/или сахарный диабет и/или перенесенный ОНМК/ТИА. Анализировались демографические, социальные, лабораторные показатели липидного спектра, оценивались продолжительность терапии, применяемые препараты и приверженность к лечению статинами (тест Мориски – Грина).

Результаты. Среди обследованных больных 45,6% (n=41) не принимали статины, 54,4% (n=49) принимали. Группы пациентов, принимавших и не принимавших статины, не различались по возрасту. В группе принимавших статины преобладали женщины – 75,5% (n=37), а в группе не принимавших статины – мужчины – 61% (n=25). Среди принимавших статины 49% (24 пациента) имели высшее образование, в то время как сре-

ди не принимавших липидснижающую терапию пациентов имели высшее образование только 19,5% (n=8). В группе липидснижающей терапии средний уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) составил 2,51±0,2 ммоль/л, что не достигает целевого уровня у пациентов высокого/очень высокого риска, а в группе не принимавших статины уровень ЛПНП был значительно выше – 5,2±0,7 ммоль/л. Среди статинов чаще использовался розувастатин – 44,9%, затем аторвастатин – 42,9%, симvastатин – 10,2% и другие препараты – 2%. Подавляющему числу больных, получавших статины, препараты были впервые назначены в стационаре – у 73,5% больных, в поликлинике – лишь у 24,5%, самостоятельно – 2% больных. По тесту Мориски–Грина 67,3% больных в группе, получавших статины, были привержены к лечению (4 балла по шкале).

Заключение. 1. Почти половина больных (45,6%) с клиническими проявлениями атеросклероза, нуждающихся в липидснижающей терапии, не получали ее. 2. Среди больных, принимавших статины, преобладали женщины (75,5%) и пациенты с высшим образованием (49%), липидснижающая терапия чаще всего назначалась им в стационарах (75,3%). 3. Приверженность к приему препаратов выявлена только у 2/3 больных. 4. Несмотря на прием препаратов, средний уровень липидов не достиг целевого уровня, но был в 2 раза ниже, чем в группе не принимавших статины.