

Изменения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта при ишемической болезни сердца

Магомедова Б. М.¹, Глебов К. Г.², Теплова Н. В.³, Котовский А. Е.¹, Артамонова Н. Г.³

¹ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»

Минздрава России. Москва; ²ГБУЗ «Городская клиническая больница № 15 им. О. М. Филатова»

Департамента здравоохранения города Москвы. Москва; ³ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России. Москва, Россия

Цель. Изучить особенности эндоскопической картины поражений слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ВОЖКТ) у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) без нарушения ритма и осложненной фибрилляцией предсердий.

Материал и методы. Эзофагогастродуоденоскопия была выполнена 100 пациентам с ХИБС. Все больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту.

В первую группу (n=50) вошли пациенты с ХИБС, во вторую (n=50) больные ХИБС, осложненной фибрилляцией предсердий. Исследования проводились с помощью видеоэндоскопического оборудования фирмы OLYMPUS-системного видеосистема CV-150 и CV-180 EVIS EXERA II.

Результаты. При оценке результатов эндоскопического исследования у всех 100 больных отмечены различные изменения слизистой оболочки ВОЖКТ. Статистически значимых различий между группами отмечено не было, однако в группе больных ХИБС и нарушением ритма отмечалось незначительное увеличение числа паци-

ентов с явлениями поверхностного гастрита, а также эрозивных изменений в антральном отделе желудка. Причины развития эрозий и язв можно объяснить употреблением большого количества лекарственных препаратов per os, которые отрицательно влияют на слизистую оболочку ВОЖКТ.

Заключение. Все больные ХИБС, которым назначена терапия по поводу основного заболевания, одновременно нуждаются в профилактическом приеме лекарственных препаратов, защищающих слизистую оболочку ВОЖКТ.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, изменения, слизистая оболочка верхних отделов желудочно-кишечного тракта, фибрилляция предсердий, профилактика.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(6): 65–69
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-6-65-69>

Поступила 15/11-2017

Принята к публикации 29/11-2017

Changes in the mucose of upper gastrointestinal tract in coronary heart disease

Magomedova B. M.¹, Glebov K. G.², Teplova N. V.³, Kotovsky A. E.¹, Artamonova N. G.³

¹I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health. Moscow; ²O. M. Filatov City Clinical Hospital № 15. Moscow;

³N. I. Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU). Moscow, Russia

Aim. To assess the specifics of endoscopy presentation of mucosal lesions of upper gastrointestinal tract (UGIT) in patients with chronic coronary heart disease (CCHD) with no rhythm disorders and with atrial fibrillation (AF).

Material and methods. Esophagogastroduodenoscopy was done in 100 CCHD patients. All patients were selected to 2 groups comparable by age and gender. First group (n=50) included CCHD patients, the second (n=50) — CCHD with AF. The investigations were performed with videoendoscopic equipment by OLYMPUS systemic videocenters CV-150 and CV-180 EVIS EXERA II.

Results. Evaluating the results of endoscopy, in all 100 patients there were various changes of the mucose of UGIT. No statistically significant differences found, however in CCHD group with rhythm disorder there

was noted slight predominance of patients with superficial gastritis, as erosions in antral part of the stomach. One of explanation of the erosions is due to excessive drug intake per os, that could influence the mucose of UGIT.

Conclusion. All CCHD patients, who have been prescribed the therapy for main disease, are in need for preventive intake of the drugs protecting UGIT.

Key words: coronary heart disease, changes, mucose of upper gastrointestinal tract, atrial fibrillation, prevention.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2017; 16(6): 65–69
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-6-65-69>

ААТ — антиагрегантная терапия, АСК — ацетилсалициловая кислота, ВОЖКТ — верхние отделы желудочно-кишечного тракта, ЖКК — желудочно-кишечное кровотечение, ИБС — ишемическая болезнь сердца, НПВП — нестероидный противовоспалительный препарат, ФП — фибрилляция предсердий, ХИБС — хроническая ишемическая болезнь сердца, ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: +7 (916) 242-20-80, +7 (916) 619-90-41

e-mail: teplova.nv@yandex.ru, DanielValmonte@yandex.ru

[Магомедова Б. М. — старший лаборант кафедры Госпитальной хирургии № 2, Глебов К. Г. — д.м.н., заведующий эндоскопическим отделением, Теплова Н. В. — д.м.н., профессор кафедры Госпитальной терапии № 1, Котовский А. Е. — д.м.н., профессор кафедры Госпитальной хирургии № 2, Артамонова Н. Г. — аспирант кафедры Госпитальной терапии № 1].

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — патология сердца, главной причиной которой является атеросклероз венечных артерий, вызывающий при определенных условиях несоответствие между потребностью миокарда в кровоснабжении и возможной величиной притока крови по пораженным артериям. Атеросклероз, в свою очередь, представляет собой избыточное отложение липидов в стенке сосудов. Этот патологический процесс затрагивает не только коронарные артерии, но и артерии, питающие другие органы. Поражение верхней мезентериальной артерии приводит к атрофическим процессам в желудке, характерным для лиц пожилого и старческого возрастов, образованию трофических язв желудка. Ишемия кишечника при атеросклерозе мезентериальных артерий проявляется чаще гипокинезией и гипотонией его петель, вплоть до развития в тяжелых случаях динамической кишечной непроходимости. Длительная и выраженная недостаточность кровоснабжения кишечника вызывает расстройства обмена веществ в кишечной стенке, дисбактериоз, развитие гиповитаминоза и истощения. Известно, что атеросклеротический процесс начинается уже в 20-30-летнем возрасте, в дальнейшем продолжается со скоростью в зависимости от различных факторов, в т.ч. факторов риска. Патологоанатомические данные показывают, что 20% лиц 26-30-летнего возраста уже имеют атеросклероз коронарных артерий [1]. ИБС является одной из самых распространенных болезней, создающих важные медицинские, социальные и экономические проблемы. Одновременно ИБС является одной из важнейших причин временной и стойкой потери трудоспособности населения и смертности в развитых странах мира. Число летальных исходов при ИБС в 2014г составило 134,1 среди мужчин и 18,0 среди женщин на 100 тыс. населения, а в 2015г — 125,2 среди мужчин и 16,3 среди женщин на 100 тыс. населения по данным Росстата [2].

У больных ИБС наблюдается рост частоты возникновения острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ВОЖКТ), обусловленных не только трофическими нарушениями тканей, но и значительным приемом разнообразных препаратов для лечения ИБС, вызывающих повышение кислотного-пептического фактора и уменьшение секреции слизи, защищающей слизистую оболочку от этих воздействий, в частности, современная лечебная тактика применения антиагрегантной терапии (ААТ), основанная на огромном опыте назначения ацетилсалициловой кислоты (АСК), пероральных непрямого антикоагулянтов, тиаенопиридинов и их сочетания. При приеме стандартных доз АСК (75-150 мг) или антагонистов витамина К риск кровотечений увеличивается

в 1,8 раза, при назначении клопидогрела — в 1,1 раза. Двойная ААТ сопровождается более высокими показателями относительного риска кровотечений: сочетание АСК и дипиридамола сопровождается увеличением риска развития кровотечений в 2,3 раза; АСК и антикоагулянтов непрямого действия — в 5,3 раза; АСК и клопидогрела — в 7,4 раза [3].

Отмечается высокая частота поражений ВОЖКТ при фибрилляции предсердий (ФП) и в сочетании с ИБС. Такое сочетание наблюдается в 65,2% случаев [4].

ФП — это вид наджелудочковой тахикардии, характеризующийся хаотической активностью предсердий с их сокращением с частотой 350-700 в мин. Аритмии возникают при структурных изменениях в проводящей системе при заболеваниях сердца и (или) под влиянием вегетативных, эндокринных, электролитных и других метаболических нарушений, при интоксикациях и некоторых лекарственных воздействиях [5].

Проблемы нарушений сердечного ритма остаются актуальными наравне с проблемами ИБС. Нарушения сердечного ритма повседневно встречаются во врачебной практике, спектр сердечных аритмий в этиологическом, клиническом, диагностическом, прогностическом плане чрезвычайно широк. В то же время нарушения сердечного ритма — одно из наиболее частых и значимых осложнений совершенно разных заболеваний. Распространенность ФП составляет 3,2 на 1 тыс. человек. ФП встречается в любом возрасте, но в основном в возрасте 70-79 лет. Общее число случаев ФП в России ~2,5 млн. Аритмии нередко определяют прогноз для труда и жизни. Число госпитализаций может составить 1,227 млн ежегодно, а среднее значение койко-дня на один случай ФП — 6,9 койко-дней, расчетная летальность — 1%, а суммарное число дней нетрудоспособности может достигать 3,386 млн в год [5]. Изолированные нарушения сердечного ритма, даже если они не очень серьезно нарушают гемодинамику, могут переноситься больными довольно тяжело, и менять весь образ жизни. Вопросы оценки поражений слизистой оболочки ВОЖКТ слабо изучены, особенно у больных с нарушением сердечного ритма на фоне ИБС. Решение этих вопросов — актуальная задача для профилактического лечения поражений ВОЖКТ как при изолированной ИБС, так и при сочетании ИБС с ФП.

Для изучения особенностей поражений слизистой оболочки ВОЖТ у пациентов с хронической ИБС (ХИБС) без нарушения ритма и осложненной ФП наиболее информативным методом диагностики является эндоскопический, в частности эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). ЭГДС — это метод зондирования, позволяющий при помощи гибкого эндоскопа осмотреть пище-

вод, желудок и двенадцатиперстную кишку; при этом имеется возможность определить анатомические изменения в этих органах, их функциональное состояние, получить биопсийный материал для определения морфологии патологии, и, часто, ее этиологию.

У больных ХИБС без нарушения ритма и с ФП встречаются различные изменения слизистой оболочки ВОЖКТ в виде воспалительных, гиперпластических, метапластических, эрозивных и язвенных процессов [6].

Такие изменения могут быть вызваны различными факторами, одним из которых является ААТ. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), в т.ч. и АСК, являются лекарственными препаратами, способствующими образованию у больных эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые в свою очередь могут осложняться желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК), что создает дополнительный риск для прогноза жизни пациентов. По данным различных авторов, у европейцев в любой группе населения терапия НПВП в >2 раза увеличивает риск ЖКК; у лиц, длительно принимающих НПВП, в 20–25% случаев возникают острые язвы, у >50% пациентов — эрозивный гастродуоденит; 53,5% пациентов от всех, поступающих в стационар с диагнозом острого ЖКК, принимали НПВП [4, 10]. Вероятность возникновения кровотечений по некоторым наблюдениям наиболее высока в первый мес. приема большими этих препаратов. Такая вероятность постепенно снижается к концу первого года приема НПВП, и вновь нарастает в старческом возрасте. При этом это не единственный фактор, способствующий поражению ВОЖКТ при ИБС. Прогноз у больных ИБС, осложненной кровотечениями различной степени выраженности, хуже, поскольку уменьшается коронарный резерв, а проблемы последствий коронарной катастрофы усугубляются анемией, неизбежными нарушениями регуляции гемостаза, гомеостатического и центральной гемодинамики с нарушением азотовыделительной функции почек, с увеличением креатинина сыворотки крови.

Вопрос коморбидности ИБС и заболеваний ВОЖКТ интересовал исследователей с конца XX века, когда в Северной Ирландии и Великобритании они отметили, что хеликобактерная инфекция ассоциирована с большей частотой распространения ИБС. Известно, что бактерия *Helicobacter pylori*, являясь этиологическим фактором развития гастрита, язвенной болезни и рака желудка, может участвовать в патогенезе хронических сосудистых заболеваний, что обусловлено общностью патогенеза атеросклероза при ИБС и воспаления при хеликобактерной инфекции. За последние 20 лет выполнено большое количество исследований возможной причинной связи *Helicobacter pylori* и ИБС,

однако не давших окончательного ответа. Изучались различные патогенетические механизмы, посредством которых хеликобактерная инфекция могла бы увеличивать сердечно-сосудистый риск. Установлено, что хроническая инфекция *Helicobacter pylori*, приобретенная в юности, увеличивает риск развития ИБС в течение жизни, а риск осложнений ИБС на фоне инфекции *Helicobacter pylori* возрастает в несколько раз, независимо от других факторов-триггеров. Однако для признания инфекции одним из факторов риска ИБС до сих пор недостаточно доказательств. В случае доказанности этиологической роли *Helicobacter pylori* в патогенезе ИБС открываются новые возможности в профилактике факторов риска ИБС [6, 7].

При сравнительном изучении результатов морфологии биоптатов слизистой оболочки антрального отдела желудка больных стабильной стенокардией напряжения и пациентов без ИБС достоверные различия были выявлены лишь по сильной степени инфильтрации мононуклеарных клеток, которая достоверно чаще наблюдалась у пациентов контрольной группы. Следует отметить, что у больных стабильной стенокардией напряжения чаще, чем у пациентов без ИБС, выявлялась атрофия слизистой оболочки антрального отдела желудка. У пациентов с ИБС несколько чаще обнаруживали *Helicobacter pylori* как цитологическим (70%>57,3%), так и гистологическим (84%>73,3%) методами. Остальные морфологические показатели слизистой оболочки антрального отдела желудка у пациентов со стабильной стенокардией напряжения и контрольной группы были практически одинаковыми [8].

Сочетанию патологий также способствует широкая распространенность курения среди населения, уровень жизни и возраст. К одним из самых значимых факторов риска ИБС и ее осложнений относится повышенный уровень психоэмоционального напряжения или так называемый стресс-коронарный профиль личности (тип А). Речь идет о таких чертах характера личности, как гнев, депрессия, ощущение постоянной тревоги, агрессивность, чрезмерное тщеславие, частые психологические стрессы, отсутствие семейной поддержки, взаимопонимания. Психоэмоциональный стресс и указанные особенности характера, присущие стресс-коронарному профилю, сопровождаются высоким выбросом в кровь катехоламинов, что вызывает повышение потребности миокарда в кислороде, увеличивает частоту сердечных сокращений, артериальное давление, обуславливает развитие ишемии миокарда, повышение коагулянтной активности крови, отложение холестериновых бляшек в сосудах с развитием ИБС [9].

В России эту проблему стали изучать более подробно с начала XXI века; было выполнено достаточно работ для того, чтобы выяснить, что до 30%,

Таблица 1

Изменения слизистой оболочки ВОЖКТ у больных ХИБС и ХИБС, осложненной ФП

Эндоскопические признаки	ХИБС (n=50)	ХИБС с ФП (n=50)
Дистальный катаральный эзофагит	11	8
Дистальный эрозивный эзофагит	1	2
Атрофический гастрит	43	35
Поверхностный гастрит	10	12
Очаги гиперплазии в антральном отделе желудка	2	7
Кишечная метаплазия в антральном отделе желудка	2	5
Острые эрозии в антральном отделе и своде желудка	5	9
Хронические эрозии в антральном отделе желудка	3	5
Подслизистые кровоизлияния в антральном отделе и своде желудка	2	1
Язва желудка	4	4
Диффузный бульбит	8	11
Очаговый бульбит	10	12
Острые эрозии луковицы двенадцатиперстной кишки	-	2
Язва луковицы двенадцатиперстной кишки	-	1

а по некоторым данным до 50% больных ИБС имеют поражения гастродуоденальной зоны [6]. В настоящей работе более подробно рассмотрено влияние ИБС на изменения слизистой оболочки ВОЖКТ.

Цель исследования — изучить особенности эндоскопической картины поражений слизистой оболочки ВОЖКТ у пациентов с ХИБС без нарушения ритма и осложненной ФП.

Материал и методы

В 2016г была выполнена ЭГДС 100 пациентам с ХИБС. Все больные были разделены на 2 группы, которые сопоставимы по возрасту и полу; преобладали пациенты старших возрастных групп.

В первую (I) группу (n=50) вошли пациенты с ХИБС, во вторую (II) (n=50) — больные с ХИБС, осложненной ФП.

Исследования проводили, используя видеоскопическое оборудование фирмы OLYMPAS — системного видеоскопа CV-150 и CV-180 EVIS EXERA II.

Результаты и обсуждение

При оценке результатов эндоскопического исследования у всех 100 больных отмечены различные изменения слизистой оболочки ВОЖКТ (таблица 1).

Дистальный рефлюкс-эзофагит, обусловленный недостаточностью смыкания кардии, был диагностирован у 22 пациентов в обеих группах, и характеризовался гиперемией различной степени выраженности, рыхлостью и локальным отеком слизистой оболочки в дистальных сегментах пищевода. Из них у 3 пациентов на фоне выраженных воспалительных изменений слизистой оболочки выявлены множественные линейные, продольно ориентированные поверхностные эрозии с фиксированными рыхлыми фибринозными наложениями.

Явления гастрита обнаружены у 53 больных ХИБС и у 47 — с ХИБС, осложненной ФП; при этом в обеих группах преобладали пациенты (n=58) с атрофическими изменениями слизистой оболочки, характеризующимися ее истончением во всех отделах желудка, отчетливо видимым сосудистым рисунком и образованием уменьшенных, выпрямленных, слабо извитых складок.

Хронический атрофический гастрит в 93,6% случаев сопровождался активностью воспалительного процесса с различной степенью выраженности гиперемии, отека, рыхлости слизистой оболочки.

Поверхностный гастрит был диагностирован у 22 больных в обеих группах — n=10 и n=12, соответственно, и характеризовался практически во всех случаях умеренно выраженной гиперемией слизистой оболочки.

Следует также отметить, что вышеперечисленные изменения слизистой оболочки сопровождались множественными очагами локальной гиперплазии в антральном отделе желудка у 9 больных: I группа — 2; II группа — 7; проявлениями кишечной метаплазии у 7 пациентов: I группа — 2, II группа — 5; наличием острых эрозий в антральном отделе в 14 случаях: I группа — 5, II группа — 9, при этом у 1 больного из II группы эрозии были с признаками состоявшегося кровотечения. Хронические папулоподобные эрозии антрального отдела желудка на фоне гастрита отмечены у 8 человек: I группа — 3, II группа — 5, у 3 пациентов в антральном отделе и своде желудка обнаружены множественные мелкоочаговые подслизистые кровоизлияния.

У 6 пациентов диагностировали поверхностные язвы желудка, располагающиеся в антральном отделе и области угла желудка, размерами 0,5-

1,0 см в диаметре, прикрытые фибринозными наложениями.

При осмотре двенадцатиперстной кишки все изменения слизистой оболочки локализовались исключительно в ее луковице.

Диффузный бульбит отмечен у 19 больных: I группа — 8, II группа — 11, а очаговый у 22 пациентов: I группа — 10, II группа — 12. Острые эрозии в луковице двенадцатиперстной кишки на фоне диффузного бульбита определялись в 2 случаях у больных II группы.

У 1 больного из II группы диагностирована язва на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, овальной формы, покрытая фибрином, размерами до 0,4 см в диаметре.

При анализе результатов эндоскопического исследования отмечено, что острые эрозии желудка на фоне атрофического гастрита в обеих группах больных диагностированы у 10,2% пациентов, в то время как подобные эрозивные изменения на фоне поверхностного гастрита были отмечены у 27,2% пациентов. Язва желудка на фоне атрофического гастрита выявлена в 1,2%, в то время как при поверхностном гастрите она диагностирована у 22,7% пациентов. Подслизистые кровоизлияния в желудке при поверхностном гастрите обнаружены у 13,6% больных, а при атрофическом гастрите у 2,5%. Полученные данные свидетельствуют, что эрозивно-язвенные поражения желудка на фоне атрофического гастрита встречаются значительно реже, чем при поверхностном гастрите. Вероятно, это связано с тем, что при поверхностном гастрите сохранена кислотопродуцирующая функция желудка, что и вызывает гиперсекрецию желудочных желез на фоне лекарственной терапии [4].

Литература

1. Nikulina NN. Modern features post-mortem diagnostic and statistical registration of coronary artery disease as the cause of death. Perm medical Journal 2011; 28 (2): 133-40. (in Russ.) Никулина Н.Н. Современные особенности посмертной диагностики и статистической регистрации ишемической болезни в качестве причины смерти. Пермский медицинский журнал 2011; 28 (2): 133-40.
2. Clinical practice guidelines for the treatment of stable ischemic heart disease 2013. Russ J Cardiol 2014; 7: 50-3. (in Russ.) Клинические рекомендации по лечению стабильной ишемической болезни сердца 2013. Российский кардиологический журнал 2014; 7: 50-3.
3. Sumarokov AB, Burakovskiy LI, Teacher IA. Bleeding in patients with coronary heart disease during therapy with antiplatelet agents. CardioSomatika 2011; 3: 29-35. (in Russ.) Сумарокوف А.Б., Бурячковская Л.И., Учитель И.А. Кровотечения у больных с ишемической болезнью сердца при проведении терапии антиагрегантами. CardioSomatika 2011; 3: 29-35.
4. Vasiliev YuV. Of Acid-related gastrointestinal diseases and coronary heart disease. Lechaschi Vrach 2006; 1: 50-5. (in Russ.) Васильев Ю.В. Кислотозависимые заболевания ЖКТ и ишемическая болезнь сердца. Лечащий врач 2006; 1: 50-5.
5. Vaneva OS, Sidorenko BA. The Modern treatment strategies and the identification of predictors of recurrence of atrial fibrillation. Medical journal "Difficult patient" 2012; 10 (4): 17-23. (in Russ.) Ваниева О.С., Сидоренко Б.А. Современные стратегии лечения и выявление предикторов рецидива мерцательной аритмии. Медицинский журнал "Трудный пациент" 2012; 10 (4): 17-23.
6. Simonova ZhG. Monograph "Comorbid conditions: Ischemic heart disease and gastroduodenal pathology". Kirov: Publishing house "Raduga-PRESS" 2015. 130 p. (in Russ.) Симонова Ж.Г. Монография "Коморбидные состояния: Ишемическая болезнь сердца и гастродуоденальная патология". Киров: Изд-во "Радуга-ПРЕСС" 2015. 130 с.
7. Zubareva AA, Chicherina EN. Acute coronary syndrome and pathology of the upper gastrointestinal tract. Lechaschi Vrach 2016; 12: 77-81. (in Russ.) Зубарева А.А., Чичерина Е.Н. Острый коронарный синдром и патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Лечащий врач 2016; 12: 77-81.
8. Osadchy VA, Sergeev AN, Rasskazov YV, et al. Clinical and morphological features of gastroduodenal erosions and ulcers associated with unstable angina, and the value of physiological disorders in their Genesis. Russian Journal of Cardiology 2012; 5: 34-9. (in Russ.) Осадчий В.А., Сергеев А.Н., Рассказова Ю.В. и др. Клинико-морфологические особенности гастродуоденальных эрозий и язв, ассоциированных с нестабильной стенокардией, и значение физиологических нарушений в их генезе. Российский кардиологический журнал 2012; 5: 34-9.
9. Health care in Russia. 2015. Stat.sat./Rosstat. M., W-46, 2015. p. 29. (in Russ.) Здравоохранение в России. 2015. Стат.сб./Росстат. М., 3-46, 2015. с. 29.
10. Vertkin AL, Zairatyants OV, Vovk EI, Kolobov SV. Treatment and prevention of gastrointestinal bleeding during exacerbation of ischemic heart disease. Pharmateca 2007; 15: 54-60. (in Russ.) Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И., Колобов С.В. Лечение и профилактика желудочно-кишечных кровотечений при обострении ишемической болезни сердца. Фарматека 2007; 15: 54-60.

Таким образом, при анализе результатов исследования двух групп больных ХИБС не обнаружено статистически значимых различий, однако в группе больных ХИБС с ФП отмечали незначительное увеличение числа пациентов с явлениями поверхностного гастрита, а также эрозивных изменений в антральном отделе желудка. Причины развития эрозий и язв можно объяснить употреблением большого количества таблетированных форм лекарственных препаратов, которые отрицательно влияют на слизистую оболочку ВОЖКТ. При этом не удалось обнаружить взаимосвязь изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с особенностями кровоснабжения при ФП на фоне ХИБС.

Выполненные исследования позволили сделать вывод, что все больные с явлениями поверхностного гастрита требуют профилактического приема лекарственных препаратов, защищающих слизистую оболочку ВОЖКТ, соблюдения режима питания и диеты.

Заключение

У больных ХИБС и ХИБС с нарушением сердечного ритма в 100% случаев обнаружены изменения слизистой оболочки ВОЖКТ. Эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки встречаются у половины больных на фоне поверхностного гастрита. Подобные изменения при атрофическом гастрите отмечаются в 4 раза реже, и достигают 11,4%.

Все больные ХИБС, которым назначена терапия по поводу основного заболевания, одновременно нуждаются в профилактическом приеме лекарственных препаратов, защищающих слизистую оболочку ВОЖКТ.