кишки к диагностическим процедурам. Сочетанное применение препаратов Прелакс (лактулоза) и Спазмомен (отилония бромида) для подготовки к проведению колоноскопии доказало свою эффективность, хорошую переносимость, и может широко использоваться для подготовки пациентов к эндоскопическим исследованиям толстой кишки.

Литература:

1. Ewe K, Ueberschaer B, Press A.G., Kurreck C., Klump M. Effect of lactose, lactulose and bisacodyl on gastrointestinal transit studied by metal detector. Aliment Pharmacol Ther., 1995, 1995, 9 (1),: 69–73.
2. Hoffman K., Mossel D.A.A., Korus W., van de Kamer J. Untersuchun–gen uber die Wikungsweise der Lactulose. Klin Wochenschr, 1964; 42: 126–130.
3. Дорофеев А.Э., Руденко Н.Н., Рассохина О.А. Возможности применения отилония бромида у больных с синдромом раздраженного кишечника // Новости медицины и фармации. — 2010. — 313 (тематический номер «Гастроэнтерология»).
4. Недогода С.В., Паршев В.В. Лечение синдрома раздраженной толстой кишки с использованием дицетеля и спазмомона / Клиническая медицина, 2000.-N 10.-С.42-46.

УДК 616.329/.33 – 072.1:616.12 – 008.331.1

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Якубчик Т.Н.[1], Колодзейский Я.А.[2], Шватро С.Ч.[2], Гнядо В.В.[2]

УО «Гродненский государственный медицинский университет» [1]

УЗ «Гродненская городская клиническая больница №2 г. Гродно» [2], Гродно, Беларусь

Гемодинамические нарушения, свойственные АГ, играют существенную роль в патогенезе язвенной болезни желудка [7]. Так, при сердечно-сосудистых заболеваниях нарушается тонус крупных сосудов, уменьшается сердечный выброс, преобладает спастический тип микроциркуляции.

У пациентов с длительным анамнезом АГ отмечается увеличение жесткости и уменьшение эластичности аорты и крупных артерий, снижение демпфирующей роли волны крови в крупных и мелких артериях, что проявляется повышением общего периферического сопротивления сосудов, снижением диастолического расслабления и уменьшением внутрисосудистого объема циркулирующей крови. Поэтому у пациентов с АГ на фоне атеросклеротического поражения сосудов в слизистой оболочке желудка возникают деструктивные и атрофические изменения с формированием ульцерозного процесса на фоне нарушенной микроциркуляции [1].

Многочисленные исследования свидетельствуют о нарушении

Репозиторий ГрГМУ

регионарного кровотока и микроциркуляции в фазе обострения язвенной болезни желудка. Данные изменения проявляются периваскулярным отеком, спазмом сосудов, капиллярным стазом, агглютинацией эритроцитов и тромбозом артериол, повышением проницаемости сосудистой стенки, что, в конечном итоге, затрудняет диффузию кислорода из сосудистого русла в клетки и создает условия для развития тканевой гипоксии [8]. Происходит повреждение стенки микрососудов, возникают микротромбоз, локальная ишемия и микроинфаркты в слизистой оболочке. В результате снижается необходимый уровень обменных процессов, выражающийся в существенном снижении энергообеспечения слизистой оболочки в связи со структурными изменениями митохондрий и падением активности их дыхательных ферментов. В результате этих процессов происходит глубокая дезорганизация внутриклеточных структур, вплоть до аутолиза клеток и образования язвы в слизистой оболочке [4].

Сочетание ГЭРБ и ишемической болезни сердца (ИБС) встречается в 35–40% случаев и занимает второе место после эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки при ИБС и артериальной гипертонии [5, 6].

Цель исследования: изучить особенности эндоскопической картины, изменений эзофагогастральной зоны у пациентов с артериальной гипертензией и с артериальной гипертензией в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы исследования. Всего было обследовано 248 пациентов в возрасте 38–75 лет. В исследование включались пациенты с артериальной гипертензией (АГ), ИБС, АГ в сочетании с ИБС; преимущественно пациенты с АГ 2–3 степени и пациенты с ИБС – стабильной стенокардией I–II ФК (по классификации Канадской ассоциации кардиологов), поступившие на стационарное лечение в кардиологическое и терапевтическое отделения УЗ «ГКБ №2 г. Гродно» в течение последних трех лет.

Клинический диагноз ИБС и АГ основывался на данных клинического анализа, а также лабораторных и инструментальных исследований согласно Протоколам диагностики и лечения артериальной гипертензии в Республике Беларусь. Более половины пациентов (178) имели анамнез артериальной гипертензии более 5 лет. Регулярный прием антигипертензивных препаратов в течение последнего года лечения отмечали 137 пациентов.

В течение первых трех дней от начала госпитализации проводилась фиброгастроскопия с биопсией для оценки морфологических изменений слизистой оболочки желудка. При гистологическом анализе биоптатов особое внимание уделялось изменениям микроциркуляции в слизистой оболочке, поскольку у пациентов с АГ значительную роль в возникновении язв играют изменения в сосудистой системе [2, 3].

Результаты исследования. Эндоскопическая и морфологическая оценка состояния слизистой оболочки пищевода и желудка свидетельствует о

Репозиторий ГрГМУ

том, что у пациентов с АГ и ИБС наблюдаются их структурные изменения.

Практически у половины пациентов (168 пациентов) имеются недостаточность кардии и признаки ГЭРБ. Проявления ГЭРБ представлены всеми ее вариантами: от неэрозивной ГЭРБ (катаральный эзофагит) – у 109 пациентов, до эрозивной ГЭРБ – у 59 пациентов.

У 23,8% (59 пациентов) в слизистой свода желудка выявляются петехии и экхимозы. Данные изменения могут быть связаны с реакцией микроциркуляторного аппарата слизистой желудка на повышенное артериальное давление, так как пациенты поступали в стационар с обострением артериальной гипертензии. Однако нельзя исключить данные морфологические изменения как результат приема аспирина и его аналогов.

В антральном отделе эрозивный процесс выявлен у 39 человек – 15,8% обследуемых пациентов с АД, при этом эрозии, как правило, рассеянные, сочетаются с папулезной гастропатией. До 47% случаев изменения в антральном отделе желудка ассоциированы с Helicobacter pylori, у 117 пациентов отмечено обсеменение данной бактерией. Дуоденогастральный рефлюкс выявлен в 37% случаев – у 92 пациентов, обследуемых с АД. Степень выраженности дуоденогастрального рефлюкса была разной: у 58 пациентов I-II степени, у 34 – II-Ш степени.

Обнаружение эрозивного процесса в луковице 12-перстной кишки отмечалось у 17,3% пациентов (43 чел.). В 33,9% случаев выявляются катаральные изменения в антральном отделе желудка – у 84 пациентов. Высок процент обнаружения лимфангиэктазий в постлуковичных отделах 12-перстной кишки – у 184 пациентов. Данные изменения указывают косвенно на наличие сопутствующей патологии желчевыводящих путей.

Заключение. Таким образом, наличие у пациентов сердечно-сосудистой патологии, в частности, АГ и ИБС, может являться фактором риска развития патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в частности не только гастропатии, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, но и патологии пищевода – ГЭРБ. Рекомендуется проводить эндоскопическое исследование у пациентов с артериальной гипертензией и сопутствующей ИБС с целью своевременного выявления и лечения патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Литература:

1. Авилова А.А. Оценка клинической симптоматики, эндоскопических изменений слизистой оболочки желудка у больных артериальной гипертензией на фоне монотерапии эднитом. Кардиология, основанная на доказательствах. М.; 2000. 4.

2. Гастроэнтерология. Национальное руководство, краткое издание/ Под ред. В.Т.Ивашкина, Т.Л.Лапиной. М.: «ГЕОТАР-Медиа». 2011. С.86-99.

3. Звенигородская Л.А., Горуновская И.Г. Особенности язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста. Клин. геронтол. 2003; 9: 45-46.

4. Мосин В.И. Резистентность гастродуоденальной слизистой. Роль в ульцерогенезе. Ставрополь: Кн. изд-во; 1989. 127.

5. Таранченко Ю.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных с ишемической болезнью сердца: Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. – Москва – 2003. – 123 с.

Репозиторий ГрГМУ

6. Таранченко Ю.В., Шубина Е.Н. / Российский гастроэнтерологический журнал. – 2000. – №4. – С.150-153.
7. Самсонов А.А. Роль сосудистой патологии в патогенезе язвенной болезни. Тер. арх. 1992; 2: 138-141.
8. Самсонова Н.Г. Роль висцерального кровотока при заболеваниях органов пищеварения. Российск. гастроэнтерол. журн. 2000; 1: 17-24.

УДК 613.2 – 053.8(476.6)

АНАЛИЗ РАЦИОНА ПИТАНИЯ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ЖИТЕЛЕЙ Г. ГРОДНО

Янковская Л.В.[1], Поворознюк В.В.[2], Слободская Н.С.[1], Балацкая Н.И.[2]

[1] УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

[2] ГУ «Институт геронтологии НАМН Украины», Киев, Украина

Многочисленные исследования свидетельствуют о существенном влиянии питания на здоровье человека. Установлены экономические и человеческие потери, возникающие от снижения трудоспособности и преждевременной смертности населения, обусловленные заболеваниями, которые прямо или косвенно связаны с неправильным питанием. В частности, в развитых странах следствием неправильного питания является, с одной стороны, переедание, что приводит к избыточному весу и ожирению, с другой – уменьшение потребления пищи из-за снижения энерготрат и, как следствие, недополучение биологически активных компонентов [1]. Ожирение и дефицит минорных компонентов сопровождаются нарушением обмена веществ, что приводит к различным заболеваниям и преждевременному старению [3].

Целью нашего исследования явилось изучение рациона питания и сбалансированности потребления основных пищевых компонентов, а также витаминов и минералов жителями г. Гродно разных возрастных групп.

Материалы и методы исследования. На базе кафедры поликлинической терапии ГрГМУ были обследованы 258 чел. в возрасте от 25 до 80 лет. У всех обследованных проводились измерение антропометрических данных, рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) по формуле Кетеле. Анкетно-опросным методом детализировали питание в течение трех дней, предшествующих обследованию. Проведение анализа фактического суточного рациона питания выполнялось расчетным методом с помощью таблиц химического состава пищевых продуктов и с использованием компьютерной программы "Тест рационального питания", разработанной научно-техническим центром "Вириа" ГУ «Института геронтологии НАМН Украины», г. Киев.

Полученные результаты сравнивались с нормами физиологических

Репозиторий ГрГМУ