DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-178-6-88-94
УДК 616.127–005.8

Распространенность болезней органов пищеварения у больных с острым коронарным синдромом

Наумова О. А., Эфрос Л. А., Калев О. Ф.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (454092, Российская Федерация, Челябинская область, г. Челябинск, улица Воровского, 64)

Prevalence of digestive diseases in patients with acute coronary syndrome

O. A. Naumova, L. A. Efros, O. F. Kalev

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "South-Urals State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation (Russia, 454092, Chelyabinsk, Vorovskogo, 64)

Для цитирования: Наумова О. А., Эфрос Л. А., Калев О. Ф. Распространенность болезней органов пищеварения у больных с острым коронарным синдромом. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;178(6): 88–94. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-178-6-88-94

For citation: Naumova O. A., Efros L. A., Kalev O. F. Prevalence of digestive diseases in patients with acute coronary syndrome. *Experimental and Clinical Gastroenterology.* 2020;178(6): 88–94. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-178-6-88-94

✉ *Corresponding author:*
Эфрос Лидия Александровна
Lidiya A. Efros
LLA1905@mail.ru

Наумова Ольга Андреевна, кафедра госпитальной терапии, клинический ординатор
Эфрос Лидия Александровна, кафедра госпитальной терапии, профессор кафедры, д.м.н., доцент
Калев Олег Федорович, кафедра госпитальной терапии, профессор кафедры, д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки Российской Федерации

Olga A. Naumova, Department of Hospital Therapy, Clinical Resident
Lidiya A. Efros, Department of Hospital Therapy, Professor, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor
Oleg F. Kalev, Department of Hospital Therapy, Professor, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Honored Scientist of the Russian Federation

Резюме

Цель исследования. Изучить распространенность болезней органов пищеварения у больных с острым коронарным синдромом.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включены 1079 пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), прошедших лечение в отделении кардиологии № 2 ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» в 2015 году. После дообследования диагноз «острый коронарный синдром» был снят у 40 пациентов (3,7%). В дальнейшем данная группа не изучалась ввиду малого количества пациентов. Из группы больных с ОКС (n = 1039 человек) пациенты были распределены с учетом пола и возраста, из них 679 (65,4%) мужчин, 360 (34,6%) женщин. Средний возраст всех пациентов составил (61,9 ± 11,9) года, мужчин — (58,9 ± 11,9) года, женщин — (67,6 ± 12,0) года. Статистический анализ выполнен с помощью прикладных программ Microsoft Office и программ SPSS Statistics (версия 21,0).

Результаты. Среди всех сопутствующих заболеваний у больных с ОКС болезни органов пищеварения занимают третье место. Среди факторов риска у больных с ОКС и болезнями органов пищеварения (БОП) наиболее часто регистрировались гипертоническая болезнь, гиперхолестеринемия. Многососудистое поражение коронарных артерий чаще наблюдалось у пациентов с инфарктом миокарда при наличии болезней органов пищеварения. На момент выписки из стационара у больных с ОКС при наличии заболеваний гастродуоденальной зоны монотерапия (клопидогрел/тикагрелор) была рекомендована в три раза чаще в сравнении с группой без БОП. Ингибиторы протонной помпы (омепразол) при наличии патологии органов пищеварения рекомендованы практически в 100% случаев независимо от клинической формы ОКС.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, коморбидность, болезни органов пищеварения

Summary

Purpose of the study. To study the prevalence of digestive diseases in patients with acute coronary syndrome.

Materials and methods. A retrospective study included 1079 patients with acute coronary syndrome who were treated in the cardiology department No. 2 of the Chelyabinsk Regional Clinical Hospital in 2015. After further examination, the diagnosis of acute coronary syndrome was withdrawn in 40 patients (3.7%). In the future, this group was not studied due

to the small number of patients. Of the group of patients with acute coronary syndrome (n = 1039 people), patients were distributed taking into account gender and age, of which 679 (65.4%) were men, 360 (34.6%) were women. The average age of all patients was (61.9 ± 11.9) years, men (58.9 ± 11.9) years, women (67.6 ± 12.0) years. Statistical analysis was performed using Microsoft Office applications and SPSS Statistics programs (version 21.0).

Results. Among all concomitant diseases in patients with acute coronary syndrome, digestive diseases take the third place. Among the risk factors in patients with acute coronary syndrome and digestive diseases, hypertension and hypercholesterolemia were most often recorded. Multivascular damage to the coronary arteries was more often observed in patients with myocardial infarction in the presence of digestive diseases. At the time of discharge from the hospital in patients with acute coronary syndrome in the presence of diseases of the gastroduodenal zone, monotherapy (clopidogrel / ticagrelor) was recommended three times more often in comparison with the group without digestive diseases. Inhibitors of the proton pump (omeprazole) in the presence of pathology of the digestive system are recommended in almost 100% of cases, regardless of the clinical form of acute coronary syndrome.

Keywords: acute coronary syndrome, comorbidity, diseases of the digestive system

Введение

В клинической практике при проведении дифференциального диагноза синдрома стенокардии необходимо помнить, что причиной болевого синдрома может быть патология желудочно-кишечного тракта – «клинические маски» стенокардии. Встречаемость заболеваний гастродуоденальной зоны у больных стабильной ишемической болезнью сердца, по разным литературным данным, может достигать от 30 до 50% случаев [1]. Особое внимание уделяется острому коронарному синдрому как клиническому варианту течения ишемической болезни сердца [2, 3]. Становится актуальным изучение особенностей течения острого коронарного синдрома на фоне болезней органов пищеварения.

Цель исследования: изучение распространенности болезней органов пищеварения среди пациентов, поступивших в отделение кардиологии с острым коронарным синдромом.

Материалы и методы

В ретроспективное исследование включены 1079 пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), прошедших лечение в отделении кардиологии № 2 ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница» в 2015 году. Диагностика проводилась согласно действующим клиническим рекомендациям [4, 5]. Диагноз «острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST» (ОКСспST) имели 424 (39,3%) пациента, «острый коронарный синдром без подъема сегмента ST» (ОКСбпST) – 162 (15,0%) пациента, «нестабильная стенокардия» (НС) – 453 (42,0%) пациента. После дообследования диагноз «острый коронарный синдром» был снят у 40 пациентов (3,7%): 6 пациентов выписаны с диагнозом «гипертоническая болезнь», 26 пациентов – с диагнозом «другие формы стенокардии», 5 пациентов имели диагноз «перенесенный в прошлом инфаркт миокарда», 1 пациент – с диагнозом «дилатационная кардиомиопатия», 1 пациент – с диагнозом «фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма», 1 пациент – «желудочковая тахикардия». В дальнейшем данная группа не изучалась ввиду малого количества пациентов.

Из группы больных с ОКС (n = 1039 человек) пациенты были распределены с учетом пола и возраста, из них 679 (65,4%) мужчин, 360 (34,6%) женщин. Средний возраст всех пациентов составил (61,9 ± 11,9) года, мужчин – (58,9 ± 11,9) года, женщин – (67,6 ± 12,0) года. Все больные, вошедшие в исследование, были распределены по возрастным группам в соответствии с МКБ-10 (34 года и моложе, 35–44, 45–54, 55–64 года и старше 65 лет). Статистический анализ выполнен с помощью прикладных программ Microsoft Office и программ SPSS Statistics (версия 2,0).

Результаты и обсуждение

Изучение распространенности клинических форм острого коронарного синдрома у больных, поступивших в отделение кардиологии № 2 ГБУЗ «ЧОКБ» в 2015 году, показало, что ОКСспST чаще регистрировался у мужчин (45,8%) в сравнении с женщинами (31,4%). Нестабильная стенокардия чаще встречалась у женщин в сравнении с мужчинами – в 52,2 и 39,0% случаев соответственно. В общей группе больных с острым коронарным синдромом по частоте встречаемости ОКСбпST значимых различий между мужчинами и женщинами получено не было (15,2% мужчин, 16,4% женщин) (таблицы 1, 2).

Согласно результатам нашего исследования, независимо от клинической формы острый коронарный синдром у мужчин чаще регистрировался в возрасте 55–64 лет (30,9; 37,9; 36,6%), у женщин – старше 65 лет. Отмечается, что среди женщин возрастной группы старше 75 лет ОКСспST и ОКСбпST встречались достоверно чаще в сравнении с НС (39,8; 45,8; 21,3%; $p_{1-3} = 0,0005$, $p_{2-3} = 0,0002$) (таблицы 1, 2).

Проведена комплексная оценка данных анамнеза 1039 пациентов, поступивших с ОКС в 2015 году в отделение кардиологии, в соответствии с МКБ-10. Все больные были распределены по классам заболеваний: класс II «Новообразования» – 1,2% больных; класс III «Болезни крови и кроветворных систем» – 5,5%; класс IV «Болезни эндокринной системы» – 36,0% больных; класс VI «Болезни нервной системы» – 6,3%; класс VII «Болезни глаза и его придаточного аппарата» – 1,3%; класс IX «Болезни системы кровообращения» – 84,3%; класс X «Болезни органов дыхания» – 7,6%; класс XI «Болезни органов пищеварения» – 20,6%; класс XII «Болезни кожи и подкожной клетчатки» – 0,1%; класс XIII «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» – 2,9%; класс XIV «Болезни мочеполовой системы» – 7,0%.

Среди всех сопутствующих заболеваний у больных с ОКС первое место занимают болезни системы кровообращения (БСК), второе место – болезни эндокринной системы (БЭС), третье место – болезни органов пищеварения (БОП).

Для изучения распространенности болезней органов пищеварения была взята группа пациентов с ОКС с болезнями органов пищеварения (n = 214; 20,6%). Из них 144 (67,3%) мужчины, 70 (32,7%) женщин. Первую группу составили пациенты с инфарктом миокарда (ОКСспST, ОКСбпST) – 109 (50,9%), из них с болезнями гастродуоденальной зоны (БГЗ) (К.25; К.26; К.29) – 69 (63,3%), с болезнями гепатопанкреатобилиарной системы (БГПБС) (К.73.9; К.74; К.80; К.81; К.86) – 40 пациентов (36,7%). Вторую группу составили пациенты с НС – 105 (49,1%). Из них с болезнями гастродуоденальной зоны (К.25; К.26; К.29) – 72 (68,6%), с болезнями гепатопанкреатобилиарной системы (К.73.9; К.74; К.80; К.81; К.86) – 33 пациента (31,4%).

В проведенном нами исследовании изучены основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных ОКС с болезнями органов пищеварения (таблицы 3, 4). По данным исследований, артериальная гипертензия является независимым фактором риска хронических неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых [6].

Среди факторов риска среди всех пациентов с инфарктом миокарда (ИМ): ОКСспST, ОКСбпST – и НС чаще регистрировались гипертоническая болезнь (76,3; 86,3% соответственно) и гиперхолестеринемия (77,1; 73,9% соответственно).

При рассмотрении группы больных с ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) было выявлено, что гипертоническая болезнь чаще регистрировалась у пациентов с болезнями органов пищеварения в сравнении с группой без БОП (88,2 и 74,0% соответственно). Среди больных с нестабильной стенокардией гипертоническая болезнь при заболеваниях органов пищеварения наблюдалась в 82,9% случаев, в группе без БОП – в 87,4% случаев (таблицы 3, 4).

По данным литературы, в некоторых случаях заболевания органов пищеварения могут быть связаны с нарушением кровообращения органов брюшной полости вследствие экстра- и интравазальных причин. Такие заболевания объединены понятием «синдром хронической абдоминальной ишемии» [7]. Наиболее часто абдоминальная ишемия связана с атеросклерозом мезентериальных сосудов. Основной причиной атеросклероза сосудов независимо от локализации является дислипидемия.

Согласно рекомендациям по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза VI пересмотра (2017 год), больные с ишемической болезнью сердца относятся к группе очень высокого риска, для которой уровень общего холестерина (ОХС) должен составлять менее 4,0 ммоль/л. При анализе результатов нашего исследования мы расценили уровень общего холестерина 4,0 ммоль/л и выше как гиперхолестеринемию. По результатам проведенного нами исследования, в общей группе больных с ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) гиперхолестеринемия (ОХС 4,0 ммоль/л и более) наблюдалась чаще у пациентов с болезнями органов пищеварения в сравнении с группой без БОП – 87,2 и 74,8% соответственно. Среди больных с инфарктом миокарда (ОКСспST, ОКСбпST) и патологией органов пищеварения гиперхолестеринемия регистрировалась чаще у пациентов с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной системы – практически в 100% случаев. По данным исследования А. С. Кузнецовой, А. И. Долгушиной и соавт., при изучении клинических особенностей и показателей липидемии у пациентов с хронической абдоминальной ишемией в группе пациентов с гемодинамически значимым нарушением кровотока в непарных висцеральных ветвях брюшной аорты среднее значение уровня общего холестерина составило (4,48 ± 1,28) ммоль/л [8].

Курение является одним из основных поведенческих факторов риска как сердечно-сосудистых заболеваний, так и болезней органов пищеварения [6]. Анализ результатов проведенного нами исследования показал, что в общей группе больных с ОКС курение в два раза чаще наблюдалось у пациентов с ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) в сравнении с нестабильной стенокардией – 27,5 и 13,3% соответственно (таблицы 3, 4). Среди больных с инфарктом миокарда (ОКСспST, ОКСбпST) курение практически в два чаще встречалось у больных с заболеваниями гастродуоденальной зоны в сравнении с группой без БОП (29,0; 16,6%; p_{1-3} = 0,01).

Ожирение, избыточная масса тела связаны с высоким риском развития сердечно-сосудистой патологии. По данным литературы, ожирение ассоциировано с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта, которые возникают раньше и чаще сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний [9]. По данным нашего исследования, у больных с ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) чаще встречалась избыточная масса тела (индекс массы тела – ИМТ 25,0–29,9 кг/м^2) – в 41,8% случаев. Отмечается, что в группе больных с инфарктом миокарда (ОКСспST, ОКСбпST) с ожирением 1–3-й степени (ИМТ 30,0 кг/м^2 и более) чаще регистрировались болезни органов пищеварения в сравнении с группой без БОП – в 34,9 и 30,0% случаев. Среди пациентов с нестабильной стенокардий с избыточной массой тела (ИМТ 25,0–29,9 кг/м^2) достоверно чаще встречались болезни гастродуоденальной зоны в сравнении с группой без патологии органов пищеварения (48,6; 34,5%; p_{1-3} = 0,02).

Возраст, лет	Всего n = 679 (65,4%)		ОКСсп ST n = 311 (45,8%) Группа 1		ОКСбп ST n = 103 (15,2%) Группа 2		НС n = 265 (39,0%) Группа 3		p *
	А. ч.	%	А. ч.	%	А. ч.	%	А. ч.	%	
18–34	12	1,8	9	2,9	0	0,0	3	1,1	–
35–44	56	8,2	22	7,1	7	6,8	27	10,2	–
45–54	169	24,9	82	26,4	21	20,4	66	24,9	–
55–64	232	34,2	96	30,9	39	37,9	97	36,6	–
65–74	140	20,6	62	19,9	28	27,2	50	18,9	–
Старше 75	70	10,3	40	12,9	8	7,8	22	8,3	–

Таблица 1
Распределение больных с ОКС по возрастным группам, мужчины (n = 679)

Примечание:
* – статистически значимые межгрупповые различия (p < 0,05).

Возраст, лет	Всего n = 360 (34,6%)		ОКСсп ST n = 113 (31,4%) Группа 1		ОКСбп ST n = 59 (16,4%) Группа 2		НС n = 188 (52,2%) Группа 3		p *
	А. ч.	%	А. ч.	%	А. ч.	%	А. ч.	%	
18–34	2	0,6	1	0,9	0	0,0	1	0,5	–
35–44	7	1,9	4	3,5	1	1,7	2	1,1	–
45–54	40	11,1	4	3,5	7	11,9	29	15,4	$p_{1-3} = 0,0013$
55–64	83	23,1	27	23,9	7	11,9	49	26,1	$p_{2-3} = 0,02$
65–74	116	32,2	32	28,3	17	28,8	67	35,6	–
Старше 75	112	31,1	45	39,8	27	45,8	40	21,3	$p_{1-3} = 0,0005$ $p_{2-3} = 0,0002$

Таблица 2
Распределение больных с ОКС по возрастным группам, женщины (n = 360)

Примечание:
* – статистически значимые межгрупповые различия (p < 0,05).

Показатель	Всего n = 586	Всего с БОП n = 109	БГЗ n = 69 Группа 1	БГПБС n = 40 Группа 2	Без БОП n = 477 Группа 3	p *
Курение	109 (18,6%)	30 (27,5%)	20 (29,0%)	10 (25,0%)	79 (16,6%)	$p_{1-3} = 0,01$
Отягощенная наследственность	7 (1,2%)	3 (2,8%)	3 (4,3%)	0 (0,0%)	4 (0,8%)	$p_{1-3} = 0,01$
Нормальная масса тела (ИМТ 18,5–24,9 кг/м²)	160 (27,3%)	31 (28,4%)	17 (24,6%)	14 (35,0%)	129 (27,0%)	–
Избыточная масса тела (ИМТ 25,0–29,9 кг/м²)	245 (41,8%)	40 (36,7%)	27 (39,1%)	13 (32,5%)	205 (43,0%)	–
Ожирение 1–3-й степени (ИМТ > 30 кг/м²)	181 (30,8%)	38 (34,9%)	25 (36,2%)	13 (32,5%)	143 (30,0%)	–
ПИК	149 (25,4%)	31 (28,4%)	20 (29,0%)	11 (27,5%)	118 (24,7%)	–
ГБ	447 (76,3%)	94 (88,2%)	61 (88,4%)	33 (82,5%)	353 (74,0%)	$p_{1-3} = 0,00$
СД	125 (21,3%)	23 (21,1%)	18 (26,1%)	5 (12,5%)	102 (21,4%)	–
ГХС	452 (77,1%)	95 (87,2%)	56 (81,2%)	39 (97,5%)	357 (74,8%)	$p_{1-2} = 0,01$ $p_{2-3} = 0,00$

Таблица 3
Распространенность факторов риска у больных с ИМ (ОКСсп ST, ОКСбп ST) с и без заболеваний органов пищеварения (n = 586)

Примечания:
1. * – статистически значимые межгрупповые различия (p < 0,05).
2. БОП – болезни органов пищеварения; БГЗ – болезни гастродуоденальной зоны; БГПБС – болезни гепатопанкреатобилиарной системы; ИМТ – индекс массы тела; ПИК – постинфарктный кардиосклероз; ГБ – гипертоническая болезнь; СД – сахарный диабет; ГХС – гиперхолестеринемия.

Показатель	Всего n = 453	Всего с БОП n = 105	БГЗ n = 72 Группа 1	БГПБС n = 33 Группа 2	Без БОП n = 348 Группа 3	p *
Курение	78 (17,2%)	14 (13,3%)	7 (9,7%)	7 (21,2%)	64 (18,4%)	–
Отягощенная наследственность	16 (3,5%)	4 (3,8%)	2 (2,8%)	2 (6,1%)	12 (3,4%)	–
Нормальная масса тела (ИМТ 18,5–24,9 кг/м²)	105 (23,2%)	22 (21,0%)	12 (16,7%)	10 (30,3%)	83 (23,9%)	–
Избыточная масса тела (ИМТ 25,0–29,9 кг/м²)	169 (37,3%)	49 (46,7%)	35 (48,6%)	14 (42,4%)	120 (34,5%)	$p_{1-3} = 0,02$
Ожирение 1–3-й степени (ИМТ > 30 кг/м²)	179 (39,5%)	34 (32,4%)	25 (34,7%)	9 (27,3%)	145 (41,7%)	–
ПИК	269 (59,4%)	60 (57,1%)	38 (52,8%)	22 (66,7%)	209 (60,1%)	–
ГБ	391 (86,3%)	87 (82,9%)	58 (80,6%)	29 (87,9%)	304 (87,4%)	–
СД	78 (17,2%)	17 (16,2%)	10 (13,9%)	7 (2,2%)	61 (17,5%)	–
ГХС	335 (73,9%)	71 (67,6%)	56 (77,8%)	15 (45,5%)	264 (75,9%)	$p_{1-2} = 0,00$ $p_{2-3} = 0,00$

Таблица 4
Распространенность факторов риска у больных с НС при наличии и отсутствии заболеваний органов пищеварения (n = 453)

Примечание:
* – статистически значимые межгрупповые различия (p < 0,05).

Таблица 5
Клинико-функциональная характеристика больных с ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) с и без заболеваний органов пищеварения (n = 586)

Примечания:
1. * – статистически значимые межгрупповые различия (p < 0,05).
2. СНнФВ – сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса; СНпФВ – сердечная недостаточность с промежуточной фракцией выброса; СНсФВ – сердечная недостаточность с сохранной фракцией выброса; ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка; КА – коронарные артерии; ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство.

Показатель	Всего n = 586	Всего с БОП n = 109	БГЗ n = 69	БГПБС n = 40	Без БОП n = 477	p *
Killip I–II	429 (73,2%)	90 (82,6%)	58 (84,1%)	32 (80,0%)	339 (71,1%)	p_{1-3} = 0,024
Killip III–IV	157 (26,8%)	19 (17,4%)	11 (15,9%)	8 (20,0%)	138 (28,9%)	
СНнФВ (ФВ ЛЖ < 40%)	39 (6,7%)	11 (10,1%)	8 (11,6%)	3 (7,5%)	28 (5,9%)	–
СНпФВ (ФВ ЛЖ 40–50%)	202 (34,5%)	44 (40,4%)	25 (36,2%)	19 (47,5%)	158 (33,1%)	–
СНсФВ (ФВ ЛЖ > 50%)	345 (58,9%)	54 (49,5%)	36 (52,2%)	18 (45,0%)	291 (61,0%)	p_{2-3} = 0,047
1–2-сосудистое поражение КА	343 (58,5%)	53 (48,6%)	37 (53,6%)	16 (40,0%)	290 (60,8%)	p_{2-3} = 0,01
Поражение 3 и более КА	243 (41,5%)	56 (51,4%)	32 (46,4%)	24 (60,0%)	187 (39,2%)	
Стеноз КА до 50%	159 (27,1%)	28 (25,7%)	16 (23,2%)	12 (30,0%)	131 (27,5%)	–
Стеноз КА более 50%	427 (72,9%)	81 (74,3%)	53 (76,8%)	28 (70,0%)	346 (72,5%)	–
ЧКВ–	218 (37,2%)	46 (42,2%)	28 (40,6%)	18 (45,0%)	172 (36,1%)	–
ЧКВ+	368 (62,8%)	63 (57,8%)	41 (59,4%)	22 (55,0%)	305 (63,9%)	–

Таблица 6
Клинико-функциональная характеристика больных с НС при наличии и в отсутствие заболеваний органов пищеварения (n = 453)

Примечания:
1. * – статистически значимые межгрупповые различия (p < 0,05).
2. ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ФК – функциональный класс; NYHA – New York Heart Association.

Показатель	Всего n = 453	Всего с БОП n = 105	БГЗ n = 72 Группа 1	БГПБС n = 33 Группа 2	Без БОП n = 348 Группа 3	p *
ХСН I стадии	338 (74,6%)	79 (75,2%)	55 (76,4%)	24 (72,7%)	259 (74,4%)	–
ХСН II стадии и выше	115 (25,4%)	26 (24,8%)	17 (23,6%)	9 (27,3%)	89 (25,6%)	–
1–2-й ФК по NYHA	175 (38,6%)	46 (43,8%)	32 (44,4%)	14 (42,4%)	129 (37,1%)	–
3–4-й ФК по NYHA	278 (61,4%)	59 (56,2%)	40 (55,6%)	19 (57,6%)	219 (62,9%)	–
СНнФВ < 40%	12 (2,6%)	4 (3,8%)	4 (5,6%)	0 (0,0%)	8 (2,3%)	–
СНпФВ 40–50%	49 (10,8%)	13 (12,4%)	7 (9,7%)	6 (18,2%)	36 (10,3%)	–
СНсФВ > 50%	392 (86,5%)	88 (83,8%)	61 (84,7%)	27 (81,8%)	304 (87,4%)	–
1–2-сосудистое поражение КА	361 (79,7%)	85 (81,0%)	57 (79,2%)	28 (84,8%)	276 (79,3%)	–
Поражение 3 и более КА	92 (20,3%)	20 (19,0%)	15 (20,8%)	5 (15,2%)	72 (20,7%)	–
Стеноз КА до 50%	287 (63,4%)	83 (79,0%)	56 (77,8%)	27 (81,8%)	204 (58,6%)	p_{1-3} = 0,0023 p_{2-3} = 0,009
Стеноз КА более 50%	166 (36,6%)	22 (21,0%)	16 (22,2%)	6 (18,2%)	144 (41,4%)	
ЧКВ–	375 (82,8%)	93 (88,6%)	65 (90,3%)	28 (84,8%)	282 (81,0%)	–
ЧКВ+	78 (17,2%)	12 (11,4%)	7 (9,7%)	5 (15,2%)	66 (19,0%)	–

Таблица 7
Медикаментозная терапия у больных с ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) с и без заболеваний органов пищеварения (n = 586)

Примечания:
1. * – статистически значимые межгрупповые различия (p < 0,05).
2. НОАК – новые оральные антикоагулянты.

Показатель	Всего n = 586	Всего с БОП n = 109	БГЗ n = 69 Группа 1	БГПБС n = 40 Группа 2	Без БОП n = 477 Группа 3	p *
Аспирин + клопидогрел/ тикагрелор	447 (76,3%)	90 (82,6%)	52 (75,4%)	38 (95,0%)	357 (74,8%)	p_{1-2} = 0,0092 p_{2-3} = 0,0039
Клопидогрел/ тикагрелор	39 (6,7%)	15 (13,8%)	15 (21,7%)	0 (0,0%)	24 (5,0%)	p_{1-2} = 0,0015 p_{1-3} = 0,0000
Аспирин + клопидогрел/ тикагрелор + НОАК/варфарин	50 (8,5%)	3 (2,8%)	1 (1,4%)	2 (5,0%)	47 (9,9%)	p_{1-3} = 0,021
Омепразол	528 (90,1%)	108 (99,1%)	69 (100%)	39 (97,5%)	420 (88,1%)	p_{1-3} = 0,0024

Таблица 8
Медикаментозная терапия у больных с НС при наличии и в отсутствие заболеваний органов пищеварения (n = 453)

Примечание:
* – статистически значимые межгрупповые различия (p < 0,05).

Показатель	Всего n = 453	Всего с БОП n = 105	БГЗ n = 72 Группа 1	БГПБС n = 33 Группа 2	Без БОП n = 348 Группа 3	p *
Аспирин + клопидогрел/ тикагрелор	397 (87,6%)	91 (86,7%)	60 (83,3%)	31 (93,9%)	306 (87,9%)	–
Клопидогрел/ тикагрелор	22 (4,9%)	10 (9,5%)	8 (11,1%)	2 (6,1%)	12 (3,4%)	p_{1-3} = 0,005
Аспирин + клопидогрел/ тикагрелор + НОАК/варфарин	38 (8,4%)	12 (11,4%)	9 (12,5%)	3 (9,1%)	26 (7,5%)	–
Омепразол	413 (91,2%)	103 (98,1%)	70 (97,2%)	33 (100%)	310 (89,1%)	p_{1-3} = 0,003 p_{2-3} = 0,045

Согласно результатам нашего исследования, в общей группе больных как с ИМ, так и с НС постинфарктный кардиосклероз встречался в равной степени как при заболеваниях органов пищеварения (28,4; 57,1%), так и в группе без БОП (24,7; 60,1%) (таблицы 3, 4).

Анализ результатов проведенного нами исследования показал, что сахарный диабет несколько чаще регистрировался у больных с ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) в сравнении с пациентами с НС – 21,3 и 17,2% соответственно. В общей группе больных как с ИМ, так и с НС сахарный диабет встречался в равной степени как при болезнях органов пищеварения, так и в группе без БОП. Отмечается, что в группе больных с инфарктом миокарда (ОКСспST, ОКСбпST) сахарный диабет регистрировался в 2 раза чаще у больных с болезнями гастродуоденальной зоны в сравнении с патологией гепатопанкреатобилиарной системы – в 26,1 и 12,5% соответственно. Среди больных с нестабильной стенокардией сахарный диабет наблюдался в 6 раз чаще при заболеваниях гастродуоденальной зоны (13,9%) в сравнении с болезнями гепатопанкреатобилиарной системы (2,2%) (таблицы 3, 4).

Проведено исследование клинико-функциональных характеристик больных с ОКС как при наличии, так и в отсутствие заболеваний органов пищеварения (таблицы 5, 6).

По результатам нашего исследования, в общей группе пациентов с ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) чаще наблюдалась острая левожелудочковая недостаточность I–II стадии по Killip (73,2%) (таблица 5).

Для сравнительного анализа пациенты с инфарктом миокарда (ОКСспST, ОКСбпST) были распределены по фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) в соответствии с классификацией сердечной недостаточности (Клинические рекомендации СН, пересмотр 2016 года): первую группу составили пациенты с сердечной недостаточностью с низкой ФВ ЛЖ (СНнФВ) менее 40% – 39 (6,7%) больных; вторую группу – с сердечной недостаточностью с промежуточной ФВ ЛЖ (СНпФВ) 40–50% – 202 (34,5%) пациента; третью группу – с сердечной недостаточностью с сохранной ФВ ЛЖ (СНсФВ) более 50% – 345 (58,9%) больных. По результатам нашего исследования, у пациентов с инфарктом миокарда (ОКСспST, ОКСбпST) чаще встречалась СНсФВ – в 49,5% случаев. Отмечается, что в группе больных с ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) и СНнФВ болезни гастродуоденальной зоны регистрировались в два раза чаще в сравнении с группой без БОП – 11,6 и 5,9% соответственно.

Анализ полученных результатов показал, что в общей группе пациентов с ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) чаще регистрировалось 1–2-сосудистое поражение коронарных артерий – в 58,5% случаев. Отмечается, что у больных с инфарктом миокарда (ОКСспST, ОКСбпST) многососудистое поражение коронарных артерий чаще наблюдалось при наличии заболеваний органов пищеварения в сравнении с группой без БОП – в 51,4 и 39,2% соответственно. В исследовании А. С. Кузнецовой, А. И. Долгушиной и соавт. при изучении клинических особенностей пациентов с хронической абдоминальной ишемией показано, что ишемическая болезнь сердца в 2 раза чаще регистрировалась в группе больных с гемодинамически значимыми нарушениями кровотока в непарных висцеральных артериях в сравнении с группой без нарушения кровотока [8]. Можно предположить, что более выраженное атеросклеротическое поражение коронарных артерий свидетельствует о мультифокальном атеросклерозе, в том числе в бассейне брюшной аорты.

По результатам нашего исследования, у больных с ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) чаще регистрировалось гемодинамически значимое поражение коронарных артерий (более 50%) – в 72,9% случаев. Стентирование коронарных артерий у больных с ИМ выполнено в 62,8% случаев, при наличии заболеваний органов пищеварения – в 57,8% случаев (таблица 5).

По результатам нашего исследования, среди больных с НС чаще регистрировалась хроническая сердечная недостаточность I стадии (по классификации Стражеско – Василенко) 3–4-го функционального класса по NYHA в равной степени как при наличии заболеваний органов пищеварения, так и без БОП (таблица 5).

Согласно полученным нами данным, среди больных с НС СНнФВ наблюдалась в 2,6% случаев, СНпФВ – в 10,8%, СНсФВ – в 86,5% случаев (таблица 5). Среди общей группы больных с нестабильной стенокардией СНнФВ менее 40% наблюдалась чаще при болезнях органов пищеварения в сравнении с группой без БОП, практически в два раза (3,8; 2,3%). Полученные результаты схожи с данными группы с ИМ (ОКСспST, ОКСбпST) (таблицы 5, 6).

Анализ результатов проведенного нами исследования показал, что в общей группе больных с НС чаще регистрировалось 1–2-сосудистое поражение коронарного русла (79,7%) без гемодинамически значимого стенозирования коронарных артерий (менее 50%) – 63,4% случаев. Стентирование коронарных артерий выполнялось в 17,2% случаев (таблица 6).

Проведена оценка медикаментозной терапии больных с ОКС, рекомендованной на момент выписки из стационара (таблицы 7, 8).

По результатам исследования, двойная антиагрегантная терапия (аспирин + клопидогрел/тикагрелор) была чаще рекомендована пациентам при наличии болезней гепатопанкреатобилиарной системы как в группе больных с ИМ (ОКСспST, ОКСбпST), так и с НС – 95,0 и 93,9% соответственно. В группе больных с инфарктом миокарда (ОКСспST, ОКСбпST) монотерапия (клопидогрел/тикагрелор) в 4 раза чаще была рекомендована пациентам с заболеваниями гастродуоденальной зоны в сравнении с группой без БОП (21,7; 5,0%; $p_{1-2} = 0,0015$; $p_{1-3} = 0,0000$). Среди больных с НС отмечается та же картина: клопидогрел/тикагрелор был назначен в 3 раза чаще больным с патологией гастродуоденальной зоны – в 11,1 и 3,4% соответственно ($p_{1-3} = 0,005$). Как в группе с ИМ (ОКСспST, ОКСбпST), так и с нестабильной стенокардией при наличии заболеваний органов пищеварения омепразол был назначен практически в 100% случаев (таблицы 7, 8). Согласно клиническим рекомендациям Европейского общества кардиологов по ведению пациентов без стойкого подъема сегмента ST [5], рекомендованы ингибиторы протонной помпы в комбинации с двойной антиагрегантной терапией пациентам с высоким (выше среднего) риском желудочно-кишечных кровотечений.

Заключение

Заболевания желудочно-кишечного тракта в сочетании с патологией сердечно-сосудистой системы представляют собой в настоящее время не только медицинскую, но и социальную проблему в связи с широкой распространенностью [10]. По результатам нашего исследования, среди сопутствующей патологии у больных с ОКС третье место занимают болезни органов пищеварения. Из группы больных с ОКС с болезнями органов пищеварения заболевания гастродуоденальной зоны установлены в 65,9% случаев, патология гепатопанкреатобилиарной системы – в 34,1% случаев.

По результатам исследования, среди больных с ОКС наиболее часто встречаемыми факторами риска являются гипертоническая болезнь и гиперхолестеринемия. Отмечается, что независимо от клинической формы ОКС уровень общего холестерина 4,0 ммоль/л и более регистрировался чаще при наличии заболеваний органов пищеварения в сравнении с группой без БОП. В группе больных с инфарктом миокарда (ОКСспST, ОКСбпST) гипертоническая болезнь наблюдалась чаще при патологи органов пищеварения. Курение как основной поведенческий фактор риска среди больных с инфарктом миокарда (ОКСспST, ОКСбпST) практически в два чаще встречалось у больных с заболеваниями гастродуоденальной зоны в сравнении с группой без БОП (29,0 и 16,6%; p_{1-3} = 0,01).

При изучении клинико-функциональных характеристик больных с ОКС независимо от клинической формы при сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса (менее 50%) чаще встречались болезни органов пищеварения. Среди больных с инфарктом миокарда (ОКСспST, ОКСбпST) многососудистое поражение встречалось чаще в группе с болезнями органов пищеварения.

На момент выписки из стационара у больных с ОКС при наличии заболеваний гастродуоденальной зоны монотерапия (клопидогрел/тикагрелор) была рекомендована в три раза чаще в сравнении с группой без БОП. Ингибиторы протонной помпы (омепразол) при наличии патологии органов пищеварения рекомендованы практически в 100% случаев независимо от клинической формы ОКС.

Литература | References

1. *Сайфиддинова М. А., Рахимова М. Э., Разиков А. А.* Особенности течения ишемической болезни сердца в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны (обзор литературы). Электронный научный журнал «Биология и медицина». 2016. № 6. С. 98–117.

   Sayfiddinova M. A., Rakhimova M. E., Razikov A. A. Features of the course of coronary heart disease in combination with the pathology of the gastroduodenal zone (literature review). Electronic scientific journal "Biology and Medicine". 2016. No. 6, pp. 98–117.

2. *Эфрос Л. А., Наумова О. А., Жданова Е. А., Андриенко С. В., Таланова В. Ф.* Гендерно-возрастные особенности сопутствующей патологии у больных с острым коронарным синдромом. Уральский медицинский журнал. 2018. № 1 (156). С. 47–55.

   Efros L. A., Naumova O. A., Zhdanova E. A., Andrienko S. V., Talanova V. F. Gender-age features of concomitant pathology in patients with acute coronary syndrome. Ural Medical Journal. 2018. No. 1 (156), pp. 47–55.

3. *Эфрос Л. А., Наумова О. А., Жданова Е. А., Андриенко С. В.* Клинические аспекты и подходы к оценке выраженности коморбидности у больных с острым коронарным синдромом. Уральский медицинский журнал. 2018. № 10 (165). С. 81–89.

   Efros L. A., Naumova O. A., Zhdanova E. A., Andrienko S. V. Clinical aspects and approaches to assessing the severity of comorbidity in patients with acute coronary syndrome. Ural Medical Journal. 2018. No. 10 (165), pp. 81–89.

4. Рекомендации ESC по лечению инфаркта миокарда со стойким подъемом сегмента ST. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2009. № 5. С. 73–89.

   ESC recommendations for the treatment of myocardial infarction with persistent ST segment elevation. Rational pharmacotherapy in cardiology. 2009. No. 5, pp. 73–89.

5. Рекомендации ESC по лечению острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST. Российский кардиологический журнал. 2016. № 3 (131). С. 9–63.

   2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Russian Journal of Cardiology. 2016;(3):9-63. (In Russ.)

6. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации / С. А. Бойцов, А. Г. Чучалин, Г. П. Арутюнов и др. М., 2013. 128 с.

   S. A. Boytsov, A. G. Chuchalin, G. P. Arutyunov et al. Prevention of chronic noncommunicable diseases. Recommendations. Moscow, 2013, 128 p.

7. *Лазебник Л. Б., Звенигородская Л. А.* Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения. М.: Анахарсис, 2003.

   Lazebnik L. B., Zvenigorod L. A. Chronic ischemic disease of the digestive system. Moscow. Anaharsis Publ, 2003

8. *Кузнецова А. С., Долгушина А. И., Емельянова Н. Б., Хайдукова И. В., Яковенко М. И.* Анализ клинических особенностей и показателей липидемии у пациентов с хронической абдоминальной ишемией. Доказательная гастроэнтерология. 2015. № 3–4. С. 21–26.

   Kuznetsova A. S., Dolgushina A. I., Emelyanova N. B., Khaidukova I. V., Yakovenko M. I. Analysis of clinical features and indicators of lipidemia in patients with chronic abdominal ischemia. Evidence-based gastroenterology. 2015. No. 3–4, pp. 21–26.

9. *Тихонов С. В., Декканова В. Д., Алиева М. К., Данилов В. Р.* Гастроэнтерологические заболевания у пациентов с ожирением. Осведомленный врач, защищенный пациент. Медицинский алфавит. 2018. № 1 (7). С. 10–16.

   Tikhonov S. V., Dekkanova V. D., Alieva M. K., Danilov V. R. Gastroenterological diseases in obese patients. Informed physician, protected patient. Medical alphabet. 2018. No. 1 (7), pp. 10–16.

10. *Циммерман Я. С.* Клиническая гастроэнтерология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

    Zimmerman Y. S. Clinical gastroenterology. M. GEOTAR-Media, 2009