

2. Мальцева Л.И. Особенности заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы женщин в постменопаузе и возможности терапии / Л.И. Мальцева, Е.А. Гафарова, Э.Э. Гилязова // Оршин. – №4. – 2008. – С.12-15 <https://www.gynecology.su/jour/article/view/213>

Maltseva L.I. Features of diseases of the cervix, vagina and vulva in postmenopausal women and the possibility of therapy / L.I. Maltseva, E.A. Gafarova, E.E. Gilyazova // Orzhin. – 2008. – P. 412-15. <https://www.gynecology.su/jour/article/view/213>

3. Cancer incidence following treatment for

infertility at a clinic in the UK / P. Doyle, N. Maconochie, V. Beral, [et al.] // Hum.Reprod. – 2002. – Vol.17. – P. 2209-2213.

4. Richart R.M. A follow-up study of patients with cervical dysplasia / R.M. Richart, B.A. Barron // Amer.J. Obstet. Gynecol. – 1969. – Vol.105. – P. 386-393.

П.П. Бессонов, Н.Г. Бессонова

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЭРОЗИИ В УСЛОВИЯХ ЯКУТИИ

DOI 10.25789/YMJ.2019.68.20

УДК 616.33-002.2 (571.56)

Для изучения сопутствующих заболеваний и факторов риска гастродуоденальной эрозии (ГДЭ) проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентов, проходивших стационарное лечение. Пациенты были разделены на 2 группы – коренные (лица коренной национальности, постоянно проживающие на Севере) и пришлые (прибывшие в Якутию из других регионов России и проживающие на Севере в течение 10 - 15 лет). Выявлено, что среди обследованных с ГДЭ слизистой оболочки (СО) желудка преобладают лица мужского пола. Из возрастных групп ГДЭ часто встречается у лиц старших возрастных групп, преимущественно у коренного населения. Чаще выявляют хронические эрозии в антральном и препилорическом отделе желудка. По данным биопсии, у пациентов с эрозией СО желудка выявляется воспалительно-гиперпластический тип, чаще у коренных. Среди обследованных чаще встречаются служащие и преобладают городские жители. Из сопутствующих заболеваний преобладают гастриты, причем у коренных атрофический, а у пришлых смешанный. Также выявлены хронический холецистит и хронический панкреатит. Из заболеваний других органов и систем на первом месте сердечно-сосудистые болезни, у коренных – ИБС, у пришлых – гипертоническая болезнь.

Ключевые слова: гастродуоденальные эрозии, сопутствующие заболевания, факторы риска, гепатобилиарная система.

A retrospective analysis of the medical history of in-patients was carried out to study concomitant diseases and risk factors for gastroduodenal erosion (GDE).

Patients were divided into 2 groups – indigenous, constantly residing in the North and non-indigenous, arrived to Yakutia from the other regions of Russia and residing for 10-15 yrs.

Among those examined with erosive lesions of gastric mucosa, males predominate. Of the age groups, GDE is often found in the elder people, mainly in the indigenous population. Clinical symptoms are dominated by epigastric pain, heartburn, belching, and flatulence. More often chronic erosion is detected in the antrum and prepiloric portion of the stomach. According to a biopsy, in patients with gastric mucosa erosion, an inflammatory-hyperplastic type is detected, more often in the indigenous. Gastritis dominates in the concomitant diseases, while in the indigenous - atrophic gastritis and mixed gastritis in the non-indigenous. Among diseases of other organs and systems, cardiovascular diseases rank first, CHD in the indigenous, and hypertension in the non-indigenous.

Keywords: gastroduodenal erosion, concomitant diseases, risk factors, hepatobiliary system.

По современным данным, гастродуоденальные эрозии (ГДЭ) – вторая по частоте патология желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Внимание клиницистов к проблеме эрозивно-язвенных повреждений обусловлено тем, что эрозии и острые язвы желудка и ДПК являются причиной желудочно-кишечных кровотечений и занимают второе место после язвенной болезни (ЯБ). Благодаря фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) с биопсией наши представления об эрозиях желудка и ДПК обогатились. Эрозии отличаются от язв по этиологии, процессам и темпам заживления, клиническим проявлениям. Эрозии нередко выявляются у больных ЯБ, с хроническими активными диффузными поражениями печени, опухолями желудочно-кишечного тракта,

болезнями сердечно-сосудистой и дыхательной системы, с поражениями почек и др., что ставит вопрос о полном обследовании больных с ГДЭ [1-3].

ГДЭ обнаруживают на аутопсии в 6% случаев, при эндоскопии в 2-20%, в том числе при ЯБ – в 33-50, при гастритах – в 14-22% случаев. Кроме того, они обнаруживаются при циррозах печени, протекающих с портальной гипертензией (10-40%); при пороках сердца, артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), особенно при осложнениях сердечной недостаточностью; при атеросклерозе брюшной части аорты и ее ветвей (10-40%); при хронических неспецифических заболеваниях легких и легочно-сердечной недостаточности (30%). Это – вторичные (симптоматические) ГДЭ. Отмечают увеличение частоты выявления ГДЭ с возрастом – до 60-90% после 50 лет [2, 5].

ГДЭ обнаруживают чаще у мужчин, чем у женщин (в соотношении 1,5-

2,8:1), причем значительно преобладает желудочная локализация эрозий над дуоденальной – 75:25%, из них 95% выявляются в препилорической зоне и только 5% - в фундальном отделе СО желудка. Геморрагические осложнения ГДЭ по частоте уступают только ЯБ желудка и ДПК.

Иногда эрозивный процесс в желудке протекает «под маской» других заболеваний: хронического холецистита, пневмонии, инфекционного или опухолевого процесса. В подобных ситуациях предположить наличие ГДЭ практически невозможно, их обнаруживают случайно при ФГДС.

При анализе жалоб больных эрозивным гастритом установлено, что для преобладающей части острых эрозий характерна скудность симптоматики заболеваний: чаще – изжога, отрыжка кислым и воздухом; весьма редко – голодные боли и боли натощак в области эпигастрия невысокой интенсивности.

Острые эрозии (ОЭ) чаще всего развиваются вторично, как осложне-

БЕССОНОВ Прокопий Прокопьевич – к.м.н., доцент МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, bessonovprok@mail.ru, **БЕССОНОВА Наталья Георгиевна** – к.м.н., доцент МИ СВФУ.

ние различных заболеваний, причем не только гастроэнтерологических, в то время как хронические эрозии (ХЭ) нередко протекают изолированно, как первичный патологический процесс, поражающий слизистую оболочку желудка и ДПК. ХЭ в 50% случаев дают умеренные боли натошак и ранние боли после приема пищи. Преобладают метеоризм и отрыжка. Со временем тупые, ноющие боли все чаще сочетаются со схваткообразными. Увеличивается тяжесть в животе, чаще отмечается тошнота, неустойчивость стула со склонностью к запорам. Тошнота нередко сочетается с рвотой, а метеоризм – с горечью во рту [2, 4].

Выделяют 2 группы факторов риска ГДЭ – экзогенные и эндогенные. Среди экзогенных факторов называют: хеликобактерную инфекцию (НР), однако НР-инфекция не является основным патогенетическим фактором ГДЭ и не оказывает какого-либо влияния на их клинические проявления, но, возможно, способствует хронизации эрозивного процесса и его прогрессированию; местные и системные микроциркуляторные расстройства, стрессогенные воздействия; токсико-химические, в том числе лекарственные (НПВС; ГКС – глюкокортикоидные, калия хлорид и др.), профессиональные (вибрация, пары жирных кислот, щелочей, соединения фтора и др.) и алиментарные (алкоголь и его суррогаты, острые приправы и специи, необработанный кофе и др.). В числе эндогенных факторов выделяют – ацидопептическую агрессию; действие «детергентов» (токсичные желчные кислоты и лизолецитин); дуоденогастральный рефлюкс (ДГР); местные иммунные нарушения, обуславливающие снижение цитопротективных свойств СО желудка и ДПК; различные заболевания внутренних органов; обширные хирургические вмешательства на органах брюшной полости и др. При часто повторяющемся ДГР в антральном отделе СО желудка выявляются эрозии у 70% обследованных [4, 5].

Цель исследования – изучить сопутствующие заболевания и факторы риска ГДЭ среди коренных и пришлых жителей Якутии.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 64 пациентов, из них 36 женщин и 38 мужчин в возрасте от 26 до 82 лет, средний возраст 58 лет. Всем пациентам, находящимся на стационарном лечении в отделении терапии, проводились изучение анамнеза болезни, полное клинические об-

следование и лабораторно-инструментальная диагностика. Пациенты были разделены на 2 группы: первая – лица коренной национальности, постоянно проживающие на Крайнем Севере, всего 41 чел., из них 26 мужчин и 15 женщин, и вторая – пришлые, прибывшие в Якутию из других регионов России и проживающие на Севере в течение 10-15 лет, всего 23 чел., из них 12 мужчин и 11 женщин. Также пациенты были распределены по социальным группам и по месту жительства. Обязательным условием было получение информированного согласия пациентов на участие в исследовании.

Обработку данных исследования проводили по программе «Office Microsoft Excel 2010». Результаты считались достоверными при значении t-критерия Стьюдента p меньше 0,05 ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. В клинической симптоматике у пациентов с ГДЭ, независимо от группы, преобладает болевой симптом в области эпигастрия (85,9%), изжога (70,3%), отрыжка (57,8%) (рис. 1). В первой группе в подавляющем большинстве случаев беспокоят периодические тупые, ноющие боли (54,3%) пациентов и изжога (83,5%) ($p < 0,05$). Во второй группе преобладают боли приступообразного, острого, колющего характера (60%) кислым или воздухом (73,9% пациентов) ($p < 0,05$).

По данным эндоскопии, наиболее типичной локализацией ГДЭ, независимо от группы, является антральный отдел (76,5% случаев), на втором месте – препилорический отдел (56,2%) (рис.2).

По данным биопсии, у пациентов с эрозией СО желудка выявляется воспалительно-гиперпластический тип эрозии (у 51,2% коренных и 43,4% пришлых), что указывает на её хронический характер. Далее следуют эро-

зии, расположенные на полиповидной складке (у 29,2% коренных и 39,6% пришлых), несколько реже выявляются эрозии геморрагически-некротического типа (8,6%) и эрозии с фибриновым налетом (13%) (рис.3).

Соотношение между острыми и хроническими эрозиями составляет 1:4. Низкий процент выявления острых эрозий объясняется малой обращаемостью населения с этим заболеванием, так как острая эрозия СО желудка в 60% случаев малосимптомна, а в 30% – характеризуется отсутствием каких-либо проявлений. По размерам в 68,7% случаев эрозии не превышают 0,5 см в диаметре, по количеству – в 68,7% случаев встречаются множественные эрозии.

При наблюдении эрозивных дефектов СО желудка у обследованных во время или после курса лечения наблюдается положительная динамика – у 75,1%, слабopоложительная – у 20,3 и отрицательная – у 4,6% больных.

У всех 64 обследованных пациентов имеются сопутствующие заболевания, из них ведущее место занимают заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Преобладают гастриты – 96,8%, причем у коренных атрофический, а у пришлых смешанный – 39,1%. У 90,6% пациентов выявлен хронический холецистит, у 62,5% – хронический панкреатит. Из заболеваний других органов и систем на первом месте кардиоваскулярные болезни, у коренных – ИБС 58,5% и у пришлых – гипертоническая болезнь 60,8% (табл.1).

Среди обследованных групп эрозивные поражения преобладали у коренных (64,0%), чаще у мужчин (59,4), чем у женщин (40,6%). Основной контингент больных составляют люди старше 50 лет, что, вероятно, связано с ослаблением защитных сил организма, длительностью воздействия на СО желудка неблагоприятных факторов, таких как курение – 35,9% (существенно часто у пришлого населения), нарушение режима питания – 18,7, психоэмоциональные перегрузки – 9,3 и злоупотребление алкоголем – 9,3% случаев (табл.2).

Среди обследованных социальных групп чаще встречаются служащие – в 37,5% случаев, и преобладают городские жители – в 74,2%. Это обусловлено в основном тем, что лица, занятые умственным трудом,

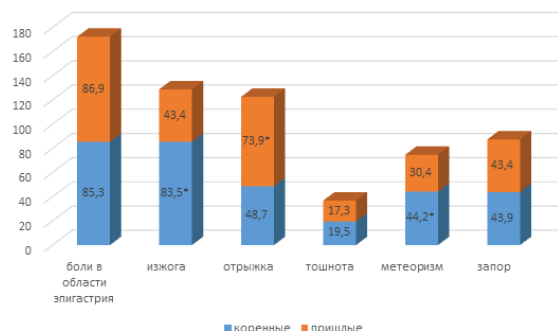


Рис.1. Клинические симптомы у пациентов с ГДЭ, %. Примечание. В рисунках и таблицах * – достоверность различий между коренными и пришлыми пациентами, $p < 0,05$.

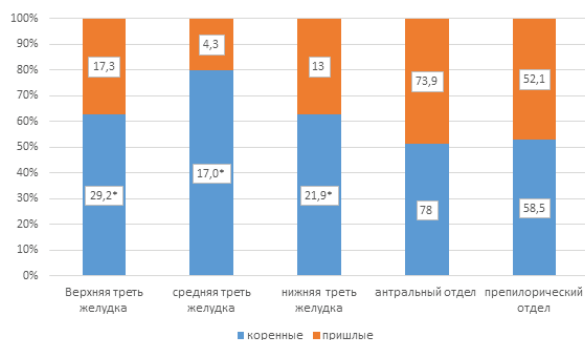


Рис. 2. Локализация эрозий в СО желудка, %

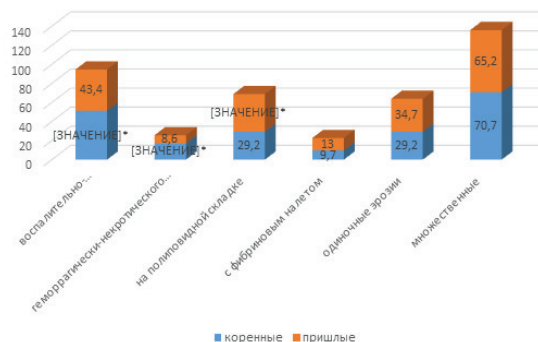


Рис. 3. Результаты эндоскопического исследования ГДЭ с биопсией, %

Таблица 1

Сопутствующие заболевания у пациентов с ГДЭ

Патология	Коренные		Пришлые		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
А. Патология ЖКТ						
Гастриты:						
атрофический	16	39,0*	8	34,7	24	37,5
смешанный	12	29,2	9	39,1*	21	32,8
поверхностный	11	26,8	6	26,0	17	26,5
Рефлюкс - эзофагит	7	17,0	6	26,0	13	20,3
Язвенная болезнь	3	7,3	4	17,3	7	10,9
Дуодено-гастральный рефлюкс	12	29,2	9	39,1*	21	32,8
Хронический холецистит	39	95,1*	19	82,6	58	90,6
Хронический панкреатит	28	62,2*	12	52,1	40	62,5
Желчно-каменная болезнь	1	2,4	2	8,6	3	4,6
Хронический колит	7	17,0*	3	15,0	10	15,6
Колоноптоз	1	2,4	1	4,3	2	3,1
Б. Заболевания других органов и систем						
Атеросклероз	8	19,5	6	26,0	14	21,8
Артериальная гипертензия	20	48,7	14	60,8*	34	53,1
ИБС	24	58,5*	12	52,1	34	53,1
Дисциркуляторная энцефалопатия	7	17,0	5	21,7	12	18,7
Остеохондроз позвоночника	16	39,0	9	39,1	25	39,0
Бронхиальная астма	1	2,4	-	-	1	1,5
Сахарный диабет	1	2,4	-	-	1	1,5
Хронический пиелонефрит	2	4,8	3	15,0	5	7,8

Таблица 2

Факторы риска ГДЭ

Фактор	Коренные		Пришлые		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нарушение режима питания	7	17	5	22	12	18,7
Психозомоциональные напряжения	2	5	4	17	6	9,3
Курение	9	22	14	61*	23	35,9
Злоупотребление алкоголем	3	7	3	13	6	9,3

чаще подвергаются различным психоэмоциональным нагрузкам, стрессам, психическим срывам. По данным литературы известно, что лица с диспепсией отмечают больший уровень стресса на работе и в семье и больше проблем, связанных с материальным положением, чем лица контрольной группы. В различных исследованиях выявлена связь между депрессией, с одной стороны, и хронической абдоминальной болью, женским полом, одиноким семейным положением и низким доходом, с другой [4].

Отмечается сезонность обострений чаще в осенне-весенний период, что совпадает с данными различных авторов. Осенью обратились в 30,1% пациентов и весной – в 26,7%. Пик обострений приходится на октябрь месяц – в 16% и в мае месяце – в 12%. Наименьшее количество больных отмечается в августе – в 4,6%.

При изучении наследственной предрасположенности получены убедительные данные связи ГДЭ с семейной отягощенностью по заболеваниям гастродуоденальной зоны у 61,2% пациентов. Эти показатели совпадают с наследственной отягощенностью у больных с ЯБ желудка и ДПК.

Заключение. Среди обследованных с ГДЭ преобладают городские жители, лица мужского пола. В клинической симптоматике ГДЭ у пациентов коренных национальностей преобладают периодические ноющие, тупые боли в эпигастрии и отрыжка, а у пришлых – приступообразные острые, колющие боли и изжога. Чаще выявляют хронические эрозии в антральном отделе желудка. При выявлении ГДЭ лечение проводится дифференцированно, с учетом сопутствующих заболеваний желудка, гепатобилиарной системы и кардиоваскулярных заболеваний. Факторами риска ГДЭ являются курение, злоупотребление алкоголем, нервно-психические перегрузки и нарушение режима питания.

Литература

1. Бессонов П.П. Желудочно-кишечные кровотечения в терапевтической практике: учеб. пособие / П.П. Бессонов, Э.А. Емельянова, Н.Г. Бессонов. – Якутск: Издательский дом СВФУ, 2017. – 116 с.

Bessonov P.P. Gastrointestinal bleeding in therapeutic practice: a training manual / P.P. Bessonov, E.A. Emelyanova, N.G. Bessonova. – Yakutsk: NEFU Publishing House. – 2017. – 116 p.

2. Маев И.В. Новые подходы к диагностике и лечению эрозий желудка / И.В. Маев, Ю.А.

Кучерявый, М.Г. Гаджиева // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – 1. – С. 43 – 49.

Mayev I.V. New approaches to the diagnosis and treatment of erosion of the stomach / I.V. Mayev, Yu.A. Kucheryavy, M.G. Gadzhieva // Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. – 2003. – №1. – P.43 – 49.

3. Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. Ф.И. Комарова, С.И. Рапопорта. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – С. 228-231.

Guide to gastroenterology / Ed. F.I. Komarov, S.I. Rapoport. – M.: Medical Information Agency LLC. – 2010. – P. 228-231.4.

4. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: руковод. Изд. 2-е, перераб. и доп. / Я.С. Циммерман. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – С. 83-124.4. Zimmerman Ya.S. Gastroenterology: a guide-2nd ed., revised and add / Ya.S. Zimmerman. – M.: GEOTAR – Media, 2015. – P. 83-124.

5. Циммерман Я.С. Гастродуоденальные эрозии: современное состояние проблемы / Я.С. Циммерман // Клиническая медицина. – 2012. – 1 (90). – С. 17 – 24.

Zimmerman Ya.S. Gastroduodenal erosion: the current state of the problem / Ya.S. Zimmerman // Clinical medicine. – 2012. – №1 (90). – P.17-24.

ПИТАНИЕ НА СЕВЕРЕ

DOI 10.25789/YMJ.2019.68.21

УДК 641:615.356

А.А. Григорьева, Г.Е. Миронова

ИСТОЧНИКИ ВИТАМИНОВ В₁ И В₂ В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ

В статье приведено содержание витаминов В₁ и В₂ в наиболее употребляемых продуктах питания: крупы, бобовые, мясные и молочнокислые. Результаты исследования показали, что термическая обработка влияет на содержание указанных витаминов. При этом наибольшие потери тиамина при приготовлении продуктов составляют от 20 до 71,5%, а рибофлавина от 16,3 до 71,5%.

Ключевые слова: тиамин, рибофлавин, продукты питания, термическая обработка.

The article presents the content of vitamins В₁ and В₂ in the most used foods: cereals, legumes, meat and lactic acid. The results of the study showed that heat treatment affects the content of these vitamins. Moreover, the greatest losses of thiamine in the preparation of products are from 20% to 71.5%, and riboflavin from 16.3% to 71.5%.

Keywords: thiamine, riboflavin, food, heat treatment.

Введение. Здоровье человека тесно связано с рациональным питанием. Питание обеспечивает важнейшую функцию организма человека, поставляя ему энергию, необходимую для покрытия затрат на процессы жизнедеятельности. Обновление клеток и тканей также происходит благодаря поступлению в организм с пищей «пластических» веществ – белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных солей.

Как известно, особенностью витаминов является то, что они или совсем не синтезируются в организме человека, или же синтезируются в организме человека в очень малых количествах, не удовлетворяющих потребность человека. Поэтому обеспеченность организма витаминами находится в прямой зависимости от их содержания в пище и степени усвояемости этих витаминов в желудочно-кишечном тракте. Патологические нарушения могут быть вызваны как авитаминозами, так и гипervитаминозами. Длительная недостаточность отдельных витами-

нов может вызвать тяжелые патологии, приводящие к инвалидности, а длительные авитаминозы могут быть опасными для жизни [1,10].

Известно, что потребность в витаминах жителей Крайнего Севера повышена по сравнению с теми, кто проживает в европейской части России, в более благоприятных климатических условиях. Работ по изучению обеспеченности организма жителей Якутии витаминами недостаточно. Имеются лишь единичные публикации, касающиеся аскорбиновой кислоты, ретиноидов и токоферола. Следует отметить, что фактическое содержание витаминов в продуктах питания жителей Крайнего Севера (Якутии) не изучено.

Целью данной работы является определение уровня витаминов В₁ и В₂ в наиболее употребляемых продуктах с учетом термической обработки.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования служили продукты питания: крупы – гречневая ядрица и ячневая; бобовые – горох и фасоль; мясные продукты – филе говядины, печень говяжья и колбаса вареная; молочнокислый продукт – сыр твердый, и яйцо куриное. Анализ продуктов питания производился до и после термической обработки. Термическая обработка круп и бобовых про-

исходила путем варки на воде до рассыпчатого состояния.

Уровень витаминов определяли флюориметрическими методами на флюориметре «Флюорат 02-АБЛФ» на длине волн тиамин 320-390 нм, рибофлавина 360-480 нм [8,9]. Статистическую обработку данных проводили с помощью стандартных методов математической статистики, используя программу STATISTICA.

Результаты и обсуждение. Поскольку при термической обработке вторых блюд происходит разрушение витаминов, мы определили содержание тиамин и рибофлавина до и после термической обработки (таблица).

Анализ данных показал, что до термической обработки больше витамина В₁ содержится в гречневой крупе, из бобовых – в горохе, а из продуктов животного происхождения – в печени говяжьей. Наименьшее содержание тиамин отмечено в курином яйце и сыре.

Наибольший уровень витамина В₂ до тепловой обработки отмечен в гречневой крупе. Содержание рибофлавина в фасоли и в горохе фактически не отличается: 0,18 и 0,19 мкг/100 г соответственно. В яйце курином и в печени говяжьей уровень рибофлавина также содержался в одинаковых пределах. Наименьшее содер-