

На правах рукописи

Приходько Максим Николаевич

**Стабильная стенокардия напряжения с сочетанием
хронического *Helicobacter pylori* – ассоциированного гастрита:
клинико-функциональные особенности, оптимизация терапии**

14.01.04 – внутренние болезни

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Челябинск – 2020

Работа выполнена на кафедре Госпитальной терапии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Кировский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Киров

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Симонова Жанна Георгиевна

Официальные оппоненты:

Алексеева Ольга Поликарповна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая гастроэнтерологическим центром Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко», главный внештатный гастроэнтеролог Приволжского федерального округа, г. Нижний Новгород

Гапон Людмила Ивановна – доктор медицинских наук, профессор, Тюменский кардиологический научный центр – филиал Томского национального исследовательского медицинского центра, заведующая научным отделом клинической кардиологии, научный руководитель отделения артериальной гипертензии и коронарной недостаточности, г. Тюмень

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е. А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е. А. Вагнера Минздрава России).

Защита диссертации состоится _____ года в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.117.04 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и на сайте www.chelsma.ru.

Автореферат разослан «_____» _____ 2020 года

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук, доцент

А.И. Сеницкий

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования и степень ее разработанности

Актуальной проблемой современной медицины является повышение эффективности лечения коморбидных больных. Еще великие Российские терапевты С.П. Боткин и Г.А. Захарьин, считали, что нужно «лечить не болезнь, а больного». Результаты многочисленных исследований подчеркивают высокую распространенность нозологической синтропии кардиоваскулярной и гастродуоденальной патологий (Jafarzadeh, A. Serum concentrations of *Helicobacter pylori* IgG and the virulence factor CagA in patients with ischemic heart disease / A. Jafarzadeh, A. Esmaeeli-Nadimi, M. Nemati [et al.] // East. Mediterr. Health J. – 2010. – Vol. 16, № 10. – P. 1039–1044. Niccoli, G. Coronary atherosclerotic burden in patients with infection by CagA-positive strains of *Helicobacter pylori* / G. Niccoli, F. Franceschi, N. Cosentino [et al.] // Coron. Artery Dis. – 2010. – Vol. 21, №4. – P. 217–221).

На современном этапе по данным Росстат (2016 г.) распространенность ИБС в России составляет 5208,4 человек на 100 000 населения, в то время как распространенность стенокардии – 2370,8 человек на 100 000 населения. В 60% случаев у больных ИБС выявляется сочетание с гастродуоденальной патологией (Wyrobiec, G. Ischemic heart disease and chronic *Helicobacter pylori* infection – present views / G. Wyrobiec, K. Helewski, M. Stepień // Wiad. Lek. – 2001. – Vol. 54, №11–12. – P. 684–692). При этом частота встречаемости хронического гастрита (ХГ) в РФ находится на уровне 494,1 на 100 000 населения (Росстат, 2016 г.). Бактерия *H. pylori* является наиболее частой причиной ГДП. Инфекция *H. pylori* при хронизации процесса способствует увеличению риска коронарной болезни сердца в течение жизни, так как сопровождается локальным и системным воспалительным ответом. Данный процесс приводит к прогрессированию атеросклероза и, в конечном счете, к развитию, утяжелению и прогрессии ИБС (Павлов, О.Н. Связь инфекции *Helicobacter pylori* и системного воспаления у больных с нестабильным течением ишемической болезни сердца / О.Н. Павлов // Практическая медицина. – 2012. – № 3 (58) – С. 49–52). Россия относится к странам с высокой распространенностью *H. pylori*. На современном этапе особое внимание уделяется поиску путей повышения эффективности эрадикационной терапии (Маев, И.В. Эволюция представлений о дефиниции, классификации, диагностике и лечении гастрита, ассоциированного с инфекцией *Helicobacter pylori* (по материалам Киотского консенсуса, 2015) / И.В. Маев, Д.Н. Андреев, А.А. Самсонов [и др.] // Фарматека. – 2016. – № 6. – С. 24–33). Одним из них является ее осуществление с учетом индивидуальной чувствительности штамма к антибиотикам. Оценка чувствительности *H. pylori* к антибиотикам особое значение имеет для оптимизации терапии коморбидных пациентов, получающих значительное количество лекарственных препаратов. И, безусловно, неудачно проведенная по абсолютным показаниям эрадикация возбудителя является неблагоприятным фактором, который склонен провоцировать персистенцию хронической инфекции. Важное значение данная проблема приобретает для больных атрофическим гастритом, в том числе имеющих его как сопутствующее заболевание. Возникновению атрофического гастрита у больных с сердечно – сосудистой патологией способствует длительный и порой бесконтрольный прием ИПП для гастропротекции, профилактики и лечения НПВП – гастропатии (на фоне длительного приема антиагрегантов и антикоагулянтов). В этой ситуации атрофический гастрит, ассоциированный с *H. pylori*, опасен своей прогрессией с учетом каскада Каррея, конечной точкой которого является рак желудка, а смертность от рака желудка составила 25,32 случаев на 100 000 населения в 2016 г. (Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – Москва : МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. – 250 с.).

Грамотно и эффективно проведенная эрадикация инфекции *H. pylori* вносит весомый вклад в лечение коморбидных больных, в частности с сочетанием ИБС (Симонова, Ж.Г. Анализ клинической эффективности эрадикационной терапии у больных ишемической болезнью

сердца, ассоциированной с патологией гастродуоденальной зоны / Ж.Г. Симонова, А.К. Мартусевич, Е.И. Тарловская // Терапевтический архив. – 2017. – № 8 (Т. 89). – С. 37–42). А своевременная эрадикационная терапия с учетом антибиотикочувствительности у больных ИБС с сочетанием атрофического гастрита, повышая эффективность эрадикации, тем самым предотвращает прогрессию атрофии слизистой оболочки желудка (метаплазию, дисплазию) на фоне длительной антиагрегантной терапии. Учитывая недостаточность исследования проблемы в целом, актуально проведение многогранного исследования морфологических особенностей гастродуоденальной зоны, функционального состояния миокарда, состояния сонных артерий, коронарного русла у больных стабильной стенокардией в сочетании с хроническим *H. pylori* – ассоциированным гастритом. Оценка качества жизни, эффективности проводимой терапии данного контингента больных с учетом клинко-патогенетических аспектов по-прежнему остается важной задачей и имеет большое значение для практического здравоохранения.

Цель исследования

Оценить клинко-функциональные особенности сочетания стабильной стенокардии и хронического *Helicobacter pylori* – ассоциированного гастрита, возможности оптимизации терапии данного контингента больных.

Задачи исследования

1. Дать оценку клинической картины, морфологических особенностей гастродуоденальной зоны, лабораторных показателей больных стабильной стенокардией при сочетании с хроническим гастритом.
2. Изучить особенности ремоделирования и функционального состояния миокарда у больных стабильной стенокардией в зависимости от типа хронического гастрита и инфицированности *Helicobacter pylori*.
3. Оценить результаты инвазивной коронарографии и особенности каротидного русла у больных стабильной стенокардией в зависимости от типа хронического гастрита и инфицированности *Helicobacter pylori*.
4. Исследовать качество жизни больных стабильной стенокардией в зависимости от типа хронического гастрита и инфицированности *Helicobacter pylori*.
5. Оценить эффективность эрадикационной терапии, проведенной с учетом антибиотикочувствительности штаммов *Helicobacter pylori*, у больных стабильной стенокардией, ассоциированной с хроническим гастритом. Обосновать с патогенетических позиций пути оптимизации терапии больных стабильной стенокардией с сочетанием хронического гастрита.

Методология и методы исследования

Исследование выполнялось в два этапа, соответствовало проведению проспективного, открытого, нерандомизированного исследования.

На первом этапе были обследованы 347 больных стабильной стенокардией с сочетанием гастродуоденальной патологии в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений Кировской области и на базе отделений кардиологии, кардиохирургии и гастроэнтерологии КОКБУЗ «Кировская областная клиническая больница» за период 2015 – 2018 гг. В исследование были включены 89 пациентов стабильной стенокардией в сочетании с хроническим гастритом, хроническим гастродуоденитом. Диагноз стабильной стенокардии устанавливался с учетом клинических и инструментальных методов обследования (методы функциональной диагностики и инвазивные методы обследования), которые включали регистрацию ЭКГ, велоэргометрию, ЭХО КГ, ДС БЦА на ультразвуковом аппарате Vivid E9 (GE, США) и коронароангиографию. Критерии включения пациентов в исследование: 1) установленный диагноз стабильной стенокардии I – III ФК, ХСН I, II А; 2) возраст от 35 до 70 лет; 3) согласие пациента на участие в исследовании; 4) наличие хронического гастрита. Критерии исключения: 1) тяжелая ХСН ($\leq$ II В); 2) злокачественные новообразования; 3) почечная и печеночная недостаточность; 4) нестабильная стенокардия, стабильная стенокардия IV ФК; 5) ОИМ давностью менее 12 месяцев; 6) ОНМК давностью менее 12 месяцев; 7) ХБП ≥ 3

А ст; 8) отказ от участия в исследовании; 9) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; 10) СД. Группу сравнения (изолированная стабильная стенокардия без сочетания с гастродуоденальной патологией и неассоциированная с *H. pylori*) составили 34 пациента. В зависимости от типа хронического гастрита были сформированы три группы больных (хронический неатрофический гастрит, хронический атрофический гастрит (OLGA 2008 г.), хронический гастродуоденит). Дополнительно в зависимости от уровня титра антител к *H. pylori* (титр - отрицательный, титр до 1:699, титр свыше 1:700) из числа обследованных больных были сформированы три группы. Больные всех групп получали базисную терапию (ацетилсалициловая кислота, периндоприл, бисопролол, розувастатин).

На втором этапе из числа больных стабильной стенокардией I–III ФК в сочетании с хроническим гастритом, ассоциированным с *H. pylori*, была сформирована группа больных (n=46). Пациентам выполнялось: определение штаммов *H. pylori* (ПЦР); оценка их антибиотикочувствительности к препаратам эрадикационной терапии; назначение на фоне базисной терапии эрадикационной терапии с учетом антибиотикочувствительности и без; оценка эффективности эрадикации; оценка переносимости терапии с контролем дневников самонаблюдения; оценка динамики лабораторных показателей; ФГДС, оценка эндоскопической и морфологической картины гастродуоденальной зоны; клиническая оценка проведенной терапии.

Степень достоверности, апробация результатов, личное участие автора

Достоверность результатов исследования обусловлена использованием сертификационного оборудования: эндоскопическая аппаратура фирмы «Pentax», ультразвуковой сканер Vivid E9 (GE, США), ангиографический комплекс GE Innova 3100 IQ (GE Medical Systems, США). Диагностика и определение антибиотикочувствительности к *Helicobacter pylori* выполнялось на базе лаборатории направленного регулирования межмикробных взаимодействий в экзо- и эндомикроэкологических системах (Кировский ГМУ). Данные получены на достаточном количестве наблюдений, проанализированы и статистически достоверны.

Основные положения диссертации представлены, обсуждены на заседании кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО Кировского ГМУ (от 21.03.2019 г.), на межкафедральном заседании кафедр ФГБОУ ВО Кировского ГМУ (от 26.06.2019 г.); на Российских и Международных научных симпозиумах: XVII Всероссийская научная конференция студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке» (Киров, 2016 г.), Терапевтический форум «Мультидисциплинарный больной» Всероссийская конференция молодых терапевтов (Москва, 2017 г.), XVIII Всероссийская научная конференция студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежь и медицинская наука в XXI веке» (Киров, 2017 г.), IV съезд терапевтов республики Татарстан (Казань, 2017 г.), XIII Национальный конгресс терапевтов (Москва, 2018 г.).

Личный вклад соискателя состоит в непосредственном участии во всех этапах диссертационного исследования. Формулирование основной идеи, планирование научной работы, включая формулировку рабочей гипотезы, определение методологии и общей концепции диссертационного исследования проводились совместно с научным руководителем Ж.Г. Симоновой, доктором медицинских наук, профессором кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ» Минздрава России. Цель и задачи сформулированы совместно с научным руководителем Ж.Г. Симоновой. Дизайн исследования разработан совместно с научным руководителем. Анализ современной отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме проведен лично диссертантом. Получение и интерпретация клинико-анамнестических данных осуществлялись лично диссертантом. Инструментальные и лабораторные исследования выполнялись на базе отделений КОГБУЗ КОКБ и на базе лаборатории направленного регулирования межмикробных взаимодействий в экзо- и эндомикроэкологических системах (Кировский ГМУ). Статистическая обработка первичных данных, интерпретация и анализ, полученных результатов, написание и оформление рукописи диссертации осуществлялись соискателем лично. Основные положения диссертации

представлены в виде научных публикаций и докладов на научно-практических мероприятиях в соавторстве с научным руководителем.

Положения, выносимые на защиту:

1. Больные стабильной стенокардией с сочетанием хронического *H. pylori* - ассоциированного гастрита, имеют более выраженный уровень воспалительных маркеров (фибриногена) и показателя мочевой кислоты. У больных отмечается негативное влияние *H. pylori* на структурно-геометрические параметры сердца, нарастающее с выраженностью иммунного ответа организма на инфекцию *H. pylori*.

2. Более выраженное поражение сосудистой стенки по результатам дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий и коронароангиографии установлены у больных стабильной стенокардией с сочетанием хронического гастрита. При этом, более значимые изменения сосудистой стенки установлены у больных с большей степенью инфицированности *H. pylori*, что подтверждает атерогенное действие инфекционного агента и продуцирование им факторов воспаления и иммунного ответа.

3. Качество жизни больных стабильной стенокардией при нарастании серологически подтвержденного иммунного ответа к инфекции *H. pylori* значительно ухудшается: более выражены диспепсические расстройства и ангинозные боли, более значимые изменения по физическому, ролевому, эмоциональному и социальному функционированию, шкале боли, общего состояния здоровья и психологического здоровья.

4. Включение эрадикационной терапии, с условием определения антибиотикочувствительности *H. pylori*, в стандартный алгоритм лечения больных стабильной стенокардией с сочетанием хронического атрофического гастрита повышает эффективность эрадикации инфекции, предотвращая при этом развитие дисплазии слизистой оболочки желудка, улучшает клинический статус и качество жизни больных.

Научная новизна

Впервые проведено многогранное и комплексное исследование функционального состояния миокарда, состояния сонных артерий и коронарного русла у больных стабильной стенокардией в сочетании с хроническим гастритом. Впервые представлен комплексный анализ клинико-функциональных особенностей сочетания стабильной стенокардии и хронического гастрита в зависимости от типа и инфицированности *H. pylori*. Впервые на основании полученных результатов с учетом клинико-патогенетических аспектов рассматриваемой коморбидности предложен путь повышения эффективности эрадикации с учетом антибиотикочувствительности штаммов *Helicobacter pylori*. Впервые с патогенетических позиций обосновано своевременное выявление атрофии слизистой оболочки желудка у больных стабильной стенокардией при сочетании с хроническим гастритом, с учетом *H. pylori* – инфицированности. Впервые представлена оценка лабораторного показателя – мочевой кислоты как фактора риска атеросклероза среди больных стабильной стенокардией с сочетанием *H. pylori*-хронического гастрита.

Теоретическая и практическая значимость работы

На основании проспективного исследования разработаны рекомендации по оптимизации алгоритма лечения больных стабильной стенокардией в сочетании с хроническим гастритом. Полученные данные внедрены в практику работы терапевтических отделений г. Кирова и Кировской области. Результаты исследований включены в материалы лекций и практических занятий на кафедре госпитальной терапии ФГБОУ ВО Кировского ГМУ.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты работы используются в отделениях кардиологии и ОФД НУЗ ОКБ на станции Киров ОАО «РЖД», в терапевтическом отделении клиники ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет». Результаты работы внедрены в учебный процесс кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет Минздрава России».

Публикации

По теме диссертации опубликовано 34 научные работы, общим объемом 4,2 печатных листа, в том числе 8 статей в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень российских рецензируемых журналов и изданий для опубликования основных научных результатов диссертаций, из них 2 статьи опубликованы в журналах, входящие в международные реферативные базы данных и системы цитирования (Scopus), 26 работ опубликовано в материалах всероссийских и международных конференций.

Объем и структура диссертации

Текст диссертации изложен на 154 страницах. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 3 глав, в которых изложены результаты собственных исследований, обсуждения результатов, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Материал диссертации включает 27 таблиц. Список литературы включает 231 источник, в том числе – 145 зарубежных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы

Материалы

В исследование включено 123 пациента стабильной стенокардией I – III ФК. В ходе первого этапа были сформированы три группы больных в зависимости от типа хронического гастрита и в зависимости от инфицированности *H. pylori*. I группу составили (n=37) пациенты стабильной стенокардией I – III ФК в сочетании с хроническим неатрофическим гастритом (41,6%). Во II группу (n=29) были включены пациенты стабильной стенокардией I – III ФК в сочетании с хроническим гастродуоденитом (32,6%). III группу (n=23) составили пациенты стабильной стенокардией I – III ФК в сочетании с хроническим атрофическим гастритом (25,8%). Группу сравнения (IV) (n=34) составили пациенты стабильной стенокардией I – III ФК без сочетания с ГДП и неассоциированные с *H. pylori* – инфекцией. С целью оценки клинико-функционального статуса больных стабильной стенокардией в зависимости от инфицированности *H. pylori* были сформированы три группы. I группу (n=40) составили пациенты стабильной стенокардией I – III ФК (44,9 %) в сочетании с хроническим гастритом, не ассоциированным с *H. pylori*. II группу (n = 26) составили пациенты стабильной стенокардией I – III ФК в сочетании с *H. pylori*-ассоциированным ХГ, с титром антител до 1:699. III группу (n=23) составили пациенты стабильной стенокардией I – III ФК в сочетании с ХГ, ассоциированным с *H. pylori*, с титром антител более 1:700.

Методы

Использовались методы общеклинического исследования: сбор жалоб, изучение анамнеза жизни и заболевания, физикальное обследование. Оценка клинического статуса и анализа качества жизни больных проведена на основании дневников самонаблюдения и с помощью опросников: SF-36; EuroQol-5D-5L(version 1.0,2011); «7 симптомов за 7 дней».

Лабораторные исследования включали: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, общий холестерин, глюкоза, креатинин, СКФ (по формуле СКД-EPI), фибриноген, СРБ, АСТ, АЛТ, общий билирубин, мочевины, мочевиная кислота, СРБ, глюкоза. Определялись микроэлементы: калий, натрий, хлор. Выполнялось серологическое определение наличие *Helicobacter pylori*, ИФА (определение антигена к *H. pylori* в стуле).

Инструментальные методы включали: ЭХО КГ, ДС БЦА, коронарография, ФГДС с биопсией слизистой оболочки из антрального и фундального отделов желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. Для определения стадии гастрита применялась система OLGA (2008 г.), также оценивалась степень развития гастрита в тех же биоптатах по совокупной интенсивности лимфогистиоцитарной и лейкоцитарной инфильтрации в соответствии с визуально-аналоговой шкалой. Выполнялось изучение штаммов *H. pylori* методом ПЦР. Антибиотикочувствительность выделенных штаммов *H. pylori* изучалась с помощью метода

серийных разведений. Изучали штаммы *H. pylori* на уровень чувствительности к амоксициллину, кларитромицину, азитромицину, левофлоксацину, тетрациклину, метронидазолу и висмуту трикалия дицитрат.

Статистический анализ

Для статистической обработки данных использовались методы описательной и аналитической статистики. Оценка характеристик распределения количественных данных выполнялась с помощью критерия Шапиро – Уилка. Количественные данные, имеющие близкое к нормальному распределение в совокупности, представлены с помощью средней арифметической, стандартного отклонения ($M \pm \sigma$). Количественные данные, имеющие распределение отличное от нормального, представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха между 25-м и 75-м процентилем (Q_1 ; Q_3). Сравнение количественных данных между двумя группами при нормальном распределении выполнялось с помощью параметрического t-критерия Стьюдента, при распределении отличном от нормального – непараметрического U-критерия Манна-Уитни. Методом при множественных сравнениях (3 и более групп) использовался критерий Краскела-Уоллиса с поправкой Бонферрони. Распределение в совокупности представлено 95% доверительным интервалом (CI 95%).

Сравнение качественных переменных проводили с использованием критерия χ^2 , при числе наблюдений менее 5 использовался точный критерий Фишера (F). Уровень значимости принят равным $p < 0,05$. Зависимость между признаками оценивалась при помощи коэффициента парной корреляции (r), его ошибки (mr) и уровня значимости различий (по t – критерию Стьюдента). Объем выборок соответствует мощности выбранных нами критериев. Статистическая обработка выполнялась с помощью статистических программ STATISTICA 10 и Microsoft Excel 2007.

Клиническая характеристика пациентов

Группы пациентов оказались сопоставимы по возрасту, полу и числу пациентов с I – III ФК стабильной стенокардии. Выявлены статистически не значимые различия средних значений ИМТ, длительности ГБ и длительности стабильной стенокардии. В III группе оказалось более значимым число пациентов, имеющих ПИКС, по сравнению с контрольной группой (14(60,9%) против 11(32,4%), $\chi^2=4,531$, $p=0,034$) (таблица 1).

Таблица 1 – Клиническая характеристика больных стабильной стенокардией в зависимости от типа хронического гастрита

Параметры	Стабильная стенокардия и хронический гастрит I группа (n=37)	Стабильная стенокардия и хронический гастродуоденит II группа (n=29)	Стабильная стенокардия и атрофический гастрит III группа (n=23)	Группа сравнения (n=34)	p
Мужской пол, %, абс.	59,5%(22)	79,3%(23)	69,6%(16)	79,4%(27)	$p > 0,05$
Женский пол, %, абс.	40,5%(15)	20,7%(6)	30,4%(7)	20,6%(7)	$p > 0,05$
Возраст, годы, Me [Q_1 ; Q_3]	63 [51; 67]	62 [51; 65]	62 [51; 64]	60 [51; 64]	$p > 0,05$
ИМТ, кг/м ² , ($M \pm \sigma$)	30,1 $\pm$ 5,2	28,1 $\pm$ 4,2	28,8 $\pm$ 3,7	27,7 $\pm$ 4,0	$p_{1-4}=0,039$
Избыточная масса тела, абс., %	14(37,8%)	17(58,6%)	14(60,9%)	18(52,9%)	$p > 0,05$
Ожирение 1 ст., абс., %	14(37,8%)	8(27,6%)	6(26,1%)	8(23,5%)	$p > 0,05$
Ожирение 2 ст., абс., %	3(8,1%)	1(3,4%)	1(4,3%)	1(2,9%)	$p > 0,05$
Ожирение 3 ст., абс., %	2(5,4%)	0	0	0	$p > 0,05$
Длительность ГБ, ($M \pm \sigma$)	18,2 $\pm$ 4,3	21,9 $\pm$ 3,8	22,8 $\pm$ 3,5	17,2 $\pm$ 5,2	$p_{2-4}=0,04$ $p_{3-4}=0,03$
Длительность стабильной стенокардии, ($M \pm \sigma$)	13,7 $\pm$ 4,2	14,3 $\pm$ 3,8	14,9 $\pm$ 3,7	12,1 $\pm$ 4,2	$p_{3-4}=0,04$
ПИКС, абс., %	14(37,8%)	17(58,6%)	14(60,9%)	11(32,4%)	$p_{3-4}=0,034$
Стенокардия I ФК, абс., %	5(13,5%)	4(13,8%)	2(8,7%)	4(11,8%)	$p > 0,05$
Стенокардия II ФК, абс., %	23(62,2%)	16(55,2%)	12(52,2%)	18(52,9%)	$p > 0,05$

Продолжение таблицы 1

Стенокардия III ФК, абс., %	9(24,3%)	9(31,1%)	9(39,1%)	12(35,3%)	p>0,05
Примечание: p – уровень значимости о существенности различий между критериями.					

При оценке клинико-функционального статуса больных стабильной стенокардией в зависимости от инфицированности *H. pylori* обнаружено, что группы пациентов оказались сопоставимы по полу, возрасту, ИМТ, по доле пациентов с избыточной массой тела и ожирением 2 степени. Среди пациентов II группы ожирение 1 степени выявлено в большей мере по сравнению с пациентами I группы и группой сравнения, (13(50%) против 7(17,5%), $\chi^2=7,881$, $p=0,005$ и 13(50%) против 8(23,5%), $\chi^2=4,538$, $p=0,034$). Среди пациентов III группы выявлено большее число больных, имеющих ПИКС, по сравнению с группой сравнения (15(65,2%) против 11(32,4%), $\chi^2=5,973$, $p=0,015$) [1, 9, 12, 13, 15, 17, 26, 27].

Следует отметить, что среди больных стабильной стенокардией в сочетании с атрофическим гастритом была выявлена более значимая частота ПИКС. Ожирение, как фактор риска атеросклероза, с большей частотой встречался у больных с более выраженной инфицированностью *H.pylori*, что, в совокупности, способствует прогрессированию и нарастанию хронической воспалительной реакции в организме. У больных, имеющих более длительный анамнез сердечно-сосудистой патологии, был установлен более значимый уровень иммунологического ответа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Оценка лабораторного статуса больных стабильной стенокардией в зависимости от типа хронического гастрита и инфицированности *H. pylori*

Анализ лабораторного статуса больных продемонстрировал, что уровень остро-фазового белка – фибриногена имел тенденцию к повышению среди пациентов стабильной стенокардией в сочетании с *H. pylori*-ассоциированным хроническим гастритом с титром АТ свыше 1:700 по сравнению с контрольной группой и составил 365 [321; 382] мг/дл. Уровень мочевой кислоты (без учета гендерной принадлежности) выявлен более значимым среди пациентов стабильной стенокардией в сочетании с *H. pylori*-ассоциированным ХГ с высоким титром АТ по сравнению с контрольной группой, соответственно, (411 [335; 453] против 341 [301; 394], $p=0,005$). С учетом гендерной принадлежности уровень мочевой кислоты превалировал среди пациентов стабильной стенокардией в сочетании с *H. pylori*-ассоциированным ХГ с титром АТ свыше 1:700 у лиц мужского пола по сравнению с контрольной группой (423 [372; 455] против 368 [311; 384], $p=0,003$). Повышенный уровень мочевой кислоты достоверно указывает на значимую дисфункцию эндотелия, так как является маркером атеросклеротического процесса, и коррелирует со степенью воспаления у больных на различных стадиях почечной недостаточности. Среди пациентов стабильной стенокардией в сочетании с атрофическим гастритом оказались наиболее значимы: уровень фибриногена по сравнению с контрольной группой (378 [311; 394] против 330 [311; 372] ммоль/л, $p=0,001$), и уровень мочевой кислоты (401 [332; 452] против 341 [301; 394], $p=0,012$) [4, 16, 24, 25, 30].

Следовательно, такие лабораторные показатели как фибриноген и мочевая кислота имеют менее благоприятные прогностические значения у больных стабильной стенокардией в сочетании с ХГ, тем более с атрофическим, что подтверждает более выраженный атерогенный фон для прогрессии ИБС.

Оценка параметров ЭХОКС у больных стабильной стенокардией в зависимости от типа хронического гастрита и инфицированности *H. pylori*

Анализ параметров ЭХОКГ в зависимости от типа гастрита продемонстрировал, что в III группе число больных, имеющих эксцентрическую ГЛЖ, значимо больше, чем в группе сравнения, ($\chi^2=4,534$, $p=0,034$) (таблица 2). В данном случае можно говорить о более неблагоприятном ремоделировании ЛЖ и, соответственно, дальнейшем течении ИБС.

Таблица 2 – Параметры ЭХОКС у больных стабильной стенокардией в зависимости от типа хронического гастрита

Параметры	Стабильная стенокардия и хронический гастрит, I группа (n=37)	Стабильная стенокардия и хронический гастродуоденит, II группа (n=29)	Стабильная стенокардия и атрофический гастрит, III группа (n=23)	Группа сравнения (n=34)	p
КДРЛП, мм Me [Q ₁ ; Q ₃]	45 [40; 48]	46 [41; 50]	46 [40; 51]	44 [40; 48]	p>0,05
КДОЛП, мл Me [Q ₁ ; Q ₃]	62 [51; 85]	67 [54; 92]	68 [57; 102]	61 [50; 83]	p>0,05
ИКДОЛП, мл/м ² Me [Q ₁ ; Q ₃]	34 [25; 48]	36 [26; 52]	35 [30; 51]	32 [27; 46]	p>0,05
КДРЛЖ, мм Me [Q ₁ ; Q ₃]	49 [42; 53]	50 [44; 55]	51 [45; 57]	48 [44; 51]	p>0,05
ФВ (Тейхольц), % Me [Q ₁ ; Q ₃]	62 [54; 69]	61 [52; 67]	59 [52; 66]	61 [55; 69]	p>0,05
МЖП, мм, (M±σ)	10,6±1,5	10,6±1,6	10,5±1,2	10,5±1,4	p>0,05
ЗСЛЖ, мм, (M±σ)	10,1±1,3	9,9±1,6	10,2±1,1	10,1±1,1	p>0,05
ММЛЖ, г Me [Q ₁ ; Q ₃]	233 [204; 250]	255 [214; 269]	265 [227; 282]	214 [172; 237]	p ₂₋₄ =0,002 p ₃₋₄ =0,001
ИММЛЖ, г/м ² Me [Q ₁ ; Q ₃]	126 [101; 145]	130 [107; 145]	144 [102; 149]	115 [100; 128]	p ₃₋₄ =0,003
ОТС, (M±σ)	0,42±0,06	0,41±0,06	0,41±0,06	0,42±0,04	p>0,05
КДОЛЖ, мл Me [Q ₁ ; Q ₃]	119 [84; 148]	124 [84; 154]	134 [91; 167]	119 [83; 137]	p ₁₋₃ =0,04
ФВ (Симпсон), % Me [Q ₁ ; Q ₃]	57 [48; 65]	56 [47; 65]	55 [48; 67]	58 [49; 67]	p>0,05
ИС, (M±σ)	0,59±0,07	0,56±0,05	0,57±0,05	0,55±0,05	p>0,05
Диастолическая дисфункция 1 тип, %, абс.	40,5%(15)	44,8%(13)	56,5%(13)	55,9%(19)	p>0,05
Диастолическая дисфункция 2 тип, %, абс.	45,9%(17)	31%(9)	30,5%(7)	26,5%(9)	p>0,05
Диастолическая дисфункция 3 тип, %, абс.	5,4%(2)	17,3%(5)	8,7%(2)	(0)	p>0,05
Норма, %, абс.	8,2%(3)	6,9%(2)	4,3%(1)	17,6%(6)	p>0,05
e's, м/с	0,06±0,02	0,06±0,02	0,06±0,02	0,07±0,02	p>0,05
e'l, м/с	0,08±0,02	0,09±0,03	0,07±0,03	0,09±0,03	p>0,05
E, м/с, (M±σ)	0,7±0,2	0,8±0,2	0,615±0,18	0,68±0,18	p ₂₋₃ =0,04 p ₂₋₄ =0,04
Edec, мс Me [Q ₁ ; Q ₃]	235 [189; 245]	238 [178; 274]	255 [200; 311]	238 [188; 262]	p>0,05
E/A, (M±σ)	0,9±0,3	1±0,4	0,9±0,35	0,99±0,35	p>0,05
E/e', (M±σ)	10,4±3,4	11,4±5,3	9,5±2,3	8,7±2,7	p ₁₋₄ =0,03 p ₂₋₄ =0,02 p ₃₋₄ =0,02
Норма, абс., (%)	4(10,8%)	6(20,7%)	4(17,4%)	8(23,5%)	p>0,05
Кон ремод, абс., (%)	7(18,9%)	6(20,7%)	6(26,1%)	9(26,5%)	p>0,05
Кон ГЛЖ, абс., (%)	16(43,2%)	10(34,5%)	3(13,0%)	11(32,4%)	p ₁₋₃ =0,015
Экс ГЛЖ, абс., (%)	10(27,1%)	7(24,1%)	10(43,5%)	6(17,6%)	p ₃₋₄ =0,034
Примечание: p – уровень значимости о существенности различий между параметрами ЭХОКС.					

В нашем исследовании у 90,2%(111) больных была выявлена диастолическая дисфункция ЛЖ: по I типу – 48,8%(60), по II типу – 34,1% (42), по III типу – 7,3%(9). При оценке типов диастолической дисфункции статистически значимых различий среди пациентов исследуемых групп не было, но наблюдалась тенденция к ухудшению показателей среди

пациентов стабильной стенокардией в сочетании с ХГ. Так, например, III тип диастолической дисфункции в группе сравнения нами не был установлен (таблица 2).

Оценка параметров ЭХОКС у больных стабильной стенокардией в зависимости от степени инфицированности *H. pylori* продемонстрировала менее благоприятные показатели внутрисердечной гемодинамики у больных стабильной стенокардией в сочетании с *H. pylori*-ассоциированным гастритом. Тип ремоделирования считается одним из важнейших факторов, который влияет на степень риска развития сердечно – сосудистых осложнений. При изучении ремоделирования нами установлено, что эксцентрическая ГЛЖ в большей мере встречалась у пациентов III группы по сравнению с пациентами группы сравнения ($\chi^2=4,534$, $p=0,034$) [21]. К тому же, в III группе среднее значение ММЛЖ, ИММЛЖ значительно превышает средние значения ММЛЖ, ИММЛЖ в группе сравнения ($p=0,002$; $p=0,001$). При оценке типов диастолической дисфункции статистически значимых различий среди пациентов исследуемых групп не было обнаружено, но наблюдалась тенденция к выраженным изменениям показателей у больных стабильной стенокардией в сочетании с инфекцией *H. pylori* [10, 11, 23].

Таким образом, анализ структурно-геометрических показателей сердца продемонстрировал, что сопутствующий хронический *H. pylori* - ассоциированный гастрит, оказывает негативное влияние на структурно – геометрические параметры сердца и на диастолическую функцию, причем с повышением титра антител против *H. pylori* негативное влияние возрастает.

Анализ результатов коронароангиографии у больных стабильной стенокардией в зависимости от типа хронического гастрита и инфицированности *H. pylori*

Оценка результатов КАГ в зависимости от типа ХГ показала, что одно-сосудистое поражение коронарного русла значительно чаще встречалось среди пациентов группы сравнения по сравнению с I, II и III группами, ($\chi^2=15,945$, $p=0,0001$; $\chi^2=7,689$, $p=0,006$; $\chi^2=5,927$, $p=0,015$). Двух-сосудистое поражение в меньшей степени было представлено в III группе по сравнению с I и II группами ($\chi^2=4,243$, $p=0,040$; $\chi^2=5,847$, $p=0,016$). Трех-сосудистое поражение оказалось менее показательным для больных контрольной группы по сравнению с I, II и III группами, соответственно, ($\chi^2=12,678$, $p=0,0001$; $\chi^2=7,245$, $p=0,008$; $\chi^2=17,639$, $p=0,0001$). Стенозирование просвета коронарных артерий в пределах 51 – 75 % в меньшей степени обнаружено в контрольной группе в сравнении с I, II и III ($\chi^2=18,450$, $p=0,0001$; $\chi^2=19,251$, $p=0,0001$; $\chi^2=20,293$, $p=0,0001$). Среди пациентов III группы выявлено большее число пациентов с поражением коронарных артерий в пределах 76 – 95 % по сравнению с группой контроля ($\chi^2=4,623$, $p=0,032$) (таблица 3).

Таблица 3 – Результаты коронароангиографии у больных стабильной стенокардией в зависимости от типа хронического гастрита

Параметры	Стабильная стенокардия и хронический гастрит I группа (n=37)	Стабильная стенокардия и хронический гастродуоденит II группа (n=29)	Стабильная стенокардия и атрофический гастрит III группа (n=23)	Группа сравнения (n=34)	p
Одно – сосудистое поражение, абс. (%)	5(13,5%)	7(24,1%)	6(26,1%)	20(58,8%)	$p_{1-4}=0,0001$ $p_{2-4}=0,006$ $p_{3-4}=0,015$
Двух – сосудистое поражение, абс. (%)	12(32,4%)	11(37,9%)	2(8,7%)	10(29,4%)	$p_{1-3}=0,04$ $p_{2-3}=0,016$
Трех – сосудистое поражение, абс. (%)	19(51,4%)	12(41,4%)	15(65,2%)	4(11,8%)	$p_{1-4}=0,0001$ $p_{2-4}=0,008$ $p_{3-4}=0,0001$
Стенозирование КА 51-75%, абс. (%)	24(64,9%)	20(68,9%)	17(73,9%)	5(14,7%)	$p_{1-4}=0,0001$ $p_{2-4}=0,0001$ $p_{3-4}=0,0001$

Продолжение таблицы 3

Стенозирование КА 76-95%, абс. (%)	22(59,5%)	15(51,7%)	18(78,3%)	17(50%)	$p_{3-4}=0,032$
Стенозирование КА 95-99%, абс. (%)	10(27,1%)	5(17,2%)	6(26,1%)	5(14,7%)	$p>0,05$
Стенозирование КА 100% (окклюзия), абс. (%)	15(40,5%)	15(51,7%)	10(43,5%)	10(29,4%)	$p>0,05$
ПМЖВ, абс. (%)	30(81,1%)	24 (82,8%)	22(95,7%)	26(76,5%)	$p_{3-4}=0,037$
ПКА, абс. (%)	24(64,9%)	20(68,9%)	17(73,9%)	18(52,9%)	$p>0,05$
ЛКА, абс. (%)	12(32,4%)	4(13,8%)	6(26,1%)	6(17,7%)	$p>0,05$
ОВ, абс. (%)	15(40,5%)	13(44,8%)	12(52,2%)	10(29,4%)	$p>0,05$
ВТК, абс. (%)	7(18,9%)	9(31%)	6(26,1%)	5(14,7%)	$p>0,05$
ЗМЖВ, абс. (%)	7(18,9%)	5(17,2%)	0	3(8,8%)	$p>0,05$
ЗБВ, абс. (%)	3(8,1%)	3(10,3%)	1(4,4%)	3(8,8%)	$p>0,05$
Примечание: p – уровень значимости о существенности различий между показателями коронароангиографии.					

При анализе поражения анатомической архитектоники коронарного русла выявлено, что ПМЖВ поражена в большей степени среди больных III группы по сравнению с группой сравнения (22(95,75) против 26(76,5%), $\chi^2=4,396$ $p=0,037$). В остальном статистически значимых различий по поражению коронарных артерий не выявлено. Следует отметить, что при анализе архитектоники коронарного русла нами выявлена высокая частота поражения основных коронарных артерий (ПМЖВ, ПКА и ОВ) [2, 7, 18, 20, 22, 34].

Анализ результатов коронароангиографии у больных стабильной стенокардией в зависимости от инфицированности *H. pylori* показал, что одно-сосудистое поражение коронарного русла в большей степени выявлено среди пациентов группы сравнения по сравнению с пациентами II группы, ($\chi^2=9,502$, $p=0,003$). Число пациентов с трех-сосудистым поражением выявлено в большей мере среди пациентов III группы по сравнению с пациентами группы сравнения, ($\chi^2=25,597$, $p=0,0001$). Стенозирование коронарных артерий в пределах 51 – 75% в меньшей мере выявлено среди пациентов группы сравнения по сравнению с пациентами I, II и III группами, ($\chi^2=24,717$, $p=0,0001$; $\chi^2=12,251$, $p=0,0001$; $\chi^2=20,293$ $p=0,0001$). Окклюзия коронарных артерий чаще обнаружена среди пациентов III группы по сравнению с пациентами группы сравнения, ($\chi^2=4,196$, $p=0,041$). При изучении атеросклеротического поражения архитектоники коронарного русла обнаружена большая частота поражения ПМЖВ, ПКА.

Таким образом, согласно данным инвазивной коронароангиографии установлено, что трех-сосудистое поражение и стенозирование коронарных артерий по типу окклюзии чаще встречаются среди пациентов стабильной стенокардией с сочетанием хронического *H. pylori* – ассоциированного гастрита с более высоким уровнем иммунологического ответа, что лишь подтверждает неблагоприятное влияние инфекции, обусловленное длительным воспалительным воздействием и формирующимся иммунным ответом. При изучении архитектоники коронарного русла обнаружена высокая частота поражения ПМЖВ, ПКА.

Оценка результатов дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий у больных стабильной стенокардией в зависимости от типа хронического гастрита и инфицированности *H. pylori*

Результаты дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий (ДС БЦА) (Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий, 2013) продемонстрировали, что наибольшее число пациентов с проявлением атеросклероза в виде атеросклеротических бляшек имелось в I и III группах по сравнению с группой контроля ($\chi^2=4,383$, $p=0,037$; $\chi^2=4,312$, $p=0,038$). Наименьшее число пациентов с проявлениями стенозирующего атеросклероза (стенозированием просвета в пределах 20 – 50%) обнаружено в контрольной группе по сравнению с I, II и III группами, соответственно, ($\chi^2=13,859$, $p=0,001$; $\chi^2=6,185$, $p=0,013$; $\chi^2=11,946$, $p=0,001$). Наименьшее число пациентов с проявлениями стенозирующего атеросклероза (стенозирование более 50%) обнаружено в группе контроля по сравнению с III группой ($\chi^2=4,417$, $p=0,036$) (таблица 4).

Таблица 4 – Результаты дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий у больных стабильной стенокардией в зависимости от типа хронического гастрита

Параметры	Стабильная стенокардия и Хронический гастрит, I группа (n=37)	Стабильная стенокардия и Хронический гастродуоденит, II группа (n=29)	Стабильная стенокардия и атрофический гастрит, III группа (n=23)	Группа сравнения (n=34)	p
ТИМ менее 0,9, абс.(%)	28(75,7%)	20(68,9%)	15(65,2%)	23(67,7%)	p>0,05
ТИМ более 0,9, абс.(%)	9(24,3%)	9(31,1%)	8(34,8%)	11(32,3%)	p>0,05
Ат. бл., абс.(%)	31(83,8%)	21(72,4%)	20(86,9%)	21(61,8%)	p ₁₋₄ =0,037 p ₃₋₄ =0,038
20-50%, абс.(%)	31(83,8%)	21(72,4%)	20(86,9%)	14(41,2%)	p ₁₋₄ =0,001 p ₂₋₄ =0,013 p ₃₋₄ =0,001
Свыше 50%, абс.(%)	8(21,6%)	9(31%)	9(39,1%)	5(14,7%)	p ₃₋₄ =0,036
90-99%, абс.(%)	1(2,7%)	1(3,4%)			p>0,05
Примечание: p – уровень значимости о существенности различий между показателями дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий.					

Анализ результатов дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий у больных стабильной стенокардией в зависимости от инфицированности *H. pylori* показал, что атеросклеротические бляшки чаще имели место в III группе по сравнению с I и контрольной группами ($\chi^2=4,322$, $p=0,038$; $\chi^2=8,503$, $p=0,004$). Атеросклеротические бляшки со стенозированием просвета 20 – 50 % в меньшей степени были выявлены в контрольной группе по сравнению с I, II и III группами ($\chi^2=8,722$, $p=0,004$; $\chi^2=7,667$, $p=0,006$; $\chi^2=17,497$, $p=0,0001$). Атеросклеротические бляшки со стенозированием просвета более 50% более значимо были определены у больных III группы по сравнению с группой контроля ($\chi^2=5,857$, $p=0,016$) [3, 8, 14, 19, 31, 32, 33].

Результаты дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий продемонстрировали более выраженные атеросклеротические изменения сосудистой стенки среди больных стабильной стенокардией в сочетании с хроническим гастритом и наиболее высоким титром антител против *H. pylori*, что подтверждает атерогенное действие длительного воздействия инфекционного агента и продуцирование им факторов воспаления и иммунного ответа.

Анализ качества жизни у больных стабильной стенокардией в зависимости от типа хронического гастрита и инфицированности *H. pylori*

Согласно полученным данным на основании опросника «EUROQOL – 5D – 5L» нами было установлено, что при наличии у больных выраженного иммунологического ответа к инфекции *H. pylori* более выражены: дискомфорт в груди, беспокойство и депрессия. В группе сравнения выявлено меньшее число больных с сильной болью и дискомфортом в груди по сравнению с I, II и III группами (8,8%(3) против 45%(22), $\chi^2=11,834$, $p=0,001$; 8,8%(3) против 30,8%(8), $\chi^2=4,739$, $p=0,03$; 8,8%(3) против 34,8%(8), $\chi^2=5,936$, $p=0,015$). Также в группе сравнения выявлено менее значимое число больных, испытывающих сильное беспокойство и депрессию, по сравнению с I, II и III группами (8,8%(3) против 30%(12), $\chi^2=5,1$, $p=0,02$; 8,8%(3) против 30,8%(8), $\chi^2=4,739$, $p=0,03$; 8,8%(3) против 30,4%(7), $\chi^2=4,429$, $p=0,036$).

Оценка качества жизни на основании опросника «SF 36» показала, что среди пациентов группы сравнения обнаружены лучшие показатели ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, по сравнению с пациентами II и III группами, соответственно, (56 [44; 63] против 37 [17; 41], $p=0,001$; 56 [44; 63] против 38 [15; 43], $p=0,001$). В группе сравнения обнаружены лучшие показатели общего состояния здоровья по сравнению с пациентами II и III группами, соответственно, (52 [43; 62] против 42 [31; 50], $p=0,001$; 52 [43; 62] против 43 [32; 52], $p=0,001$). Так, среди пациентов группы сравнения обнаружен лучший

параметр жизненной активности по сравнению с пациентами II и III группами, соответственно, (54 [45; 64] против 45 [35; 53], $p=0,003$; 54 [45; 64] против 42 [33; 52], $p=0,0001$) [6, 28, 29].

Оценка качества жизни больных стабильной стенокардией при сочетании с хроническим *H. pylori*-ассоциированным гастритом, показала, что инфицированность негативно влияет на показатели ролевого физического функционирования, общего состояния здоровья, шкалы жизнеспособности, что в целом и приводит к снижению качества жизни больных. Причем, с повышением титра инфекции качество жизни больных снижается.

Результаты второго этапа. Оценка эффективности эрадикационной терапии с учетом антибиотикочувствительности *H. pylori* у больных стабильной стенокардией с сочетанием хронического гастрита

Основным фактором, предопределяющим эффективность эрадикации, является чувствительность данной бактерии к антибактериальным препаратам схем эрадикационной терапии (Graham, D.Y. Rational *Helicobacter pylori* therapy: evidence-based medicine rather than medicine-based evidence / D.Y. Graham, Y.C. Lee, M.S. Wu // *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. – 2014. – Vol. 12. – P. 177–186). Во второй этап были последовательно включены (при согласии) 46 больных стабильной стенокардией в сочетании с хроническим гастритом, ассоциированным с *H. pylori*. При проведении эндоскопического исследования методом ФГДС были получены и изучены гастробиоптаты. У 54,3% больных подтвержден хронический неатрофический гастрит, у 45,7% – атрофический гастрит. При оценке штаммов *H. pylori* методом ПЦР обнаружено, что штамм *H. pylori* Vac A имелся у 8,7% ($n=4$) больных, штамм *H. pylori* Cag A – у 34,7% ($n=16$), штамм *H. pylori* Hop Q – у 13,1% ($n=6$), штамм *H. pylori* Oip – у 30,4% ($n=14$) и нетоксигенные штаммы – в 13,1% ($n=6$) больных. Чувствительность изолятов штаммов *H. pylori* к антимикробным препаратам (in vitro) определялась методом бактериологического разведения: умеренно чувствительные, слабо чувствительные, высоко чувствительные и резистентные (таблица 5).

Таблица 5 – Уровень чувствительности *Helicobacter pylori* к антимикробным препаратам при бактериологическом тестировании изолятов ($n=46$)

Чувствительность <i>H. pylori</i>	Умеренная чувствительность	Высокая чувствительность	Слабая чувствительность	Резистентность
Чувствительность к кларитромицину, абс.(%)	56,5%(26)	39,1%(18)	4,4%(2)	0
Чувствительность к амоксициллину, абс.(%)	73,9%(34)	8,7%(4)	17,4%(8)	0
Чувствительность к левофлоксацину, абс.(%)	69,6%(32)	13,0%(6)	13,0%(6)	4,4%(2)
Чувствительность к азитромицину, абс.(%)	60,9%(28)	21,7%(10)	17,4%(8)	0
Чувствительность к тетрациклину, абс.(%)	82,6%(38)	13,0%(6)	4,4%(2)	0
Чувствительность к метронидазолу, абс.(%)	15,2%(7)	0	39,1%(18)	45,7%(21)
Чувствительность к висмуту трикалия дицитрат, абс.(%)	65,2%(30)	26,1%(12)	8,7%(4)	0

При изучении чувствительности антимикробных препаратов обнаружено, что у 45,7%(21) изолятов выявлена резистентность к метронидазолу, а у 39,1%(18) выявлена слабая к нему чувствительность. При анализе полученных данных возникает необходимость решения вопроса о нецелесообразности применения метронидазола в исследуемом регионе в качестве препарата «последовательной схемы» (таблица 5).

В ходе второго этапа были сформированы две группы больных стабильной стенокардией с сопутствующим *H. pylori*-ассоциированным гастритом. Больные I группы ($n=25$) получали эрадикационную терапию (на фоне базисной) с учетом антибиотикочувствительности изолятов

H. pylori (первая линия: ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки), амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки), или вторая линия: висмут трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки), ИПП 2 раза в сутки, тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки), метронидазол (500 мг 3 раза в сутки), или резервная линия. Больные II группы (n=21) получали эрадикацию без учета антибиотикочувствительности. Оценка эффективности эрадикации, выполненная методом ИФА (определение антигена *H. pylori* в стуле), показала эффективность у 86,9% (40) пациентов. При этом в I группе эффективность эрадикации составила 96%(24), а во II группе – 76,2%(16), ($\chi^2=3,949$, $p=0,04$). Так, терапия больных с учетом антибиотикочувствительности определяет убедительное повышение эффективности эрадикации *H. pylori* [5].

Согласно данных визитов больных, контроля дневников самонаблюдения (спустя $183\pm 12,5$ дней) было выявлено снижение частоты приступов стенокардии в неделю – с $22,1\pm 3,5$ до $13,7\pm 2,5$ приступов, $p=0,04$; снижение потребности в нитроглицерине – с $18,3\pm 2,8$ до $10,3\pm 1,1$ таблеток (или доз нитроспрея), $p=0,01$. Частота эпигастральной боли, тяжести после еды, дискомфорта, не связанного с едой, жжения в эпигастрии, значимо уменьшилась, соответственно, (63%(29) против 8,7%(4), $\chi^2=29,533$, $p=0,0003$; 54,4%(25) против 6,5%(3), $\chi^2=24,848$, $p=0,005$; 60,9%(28) против 15,2%(7), $\chi^2=20,337$, $p=0,004$; 69,6%(32) против 10,9%(5), $\chi^2=32,957$, $p=0,0002$). При анализе эндоскопической картины была отмечено: улучшение состояния слизистой оболочки тела желудка, антрального отдела желудка и слизистой оболочки ДПК, соответственно, ($2,07\pm 0,2$ против $1,17\pm 0,2$, $p=0,001$; $2,32\pm 0,15$ против $1,22\pm 0,14$, $p=0,01$; $2,55\pm 0,07$ против $1,32\pm 0,05$ баллов, $p=0,01$). Выявление эрозивных поражений антрального отдела желудка уменьшилось с 26,1%(12) до 2,2%(1), $\chi^2=11,464$, $p=0,001$. Отметилась положительная динамика морфологических изменений слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка: снижение лейкоцитарной и лимфогистиоцитарной инфильтрации тела желудка, соответственно, ($2,07\pm 0,2$ против $1,17\pm 0,2$, $p=0,001$; $2,35\pm 0,15$ против $1,25\pm 0,14$ баллов, $p=0,01$), снижение лейкоцитарной и лимфогистиоцитарной инфильтрации антрального отдела желудка, соответственно, ($2,47\pm 0,2$ против $1,35\pm 0,17$, $p=0,03$; $2,45\pm 0,11$ против $1,28\pm 0,12$ баллов, $p=0,03$). Определилась положительная динамика морфологических изменений слизистой оболочки ДПК: снижение лимфогистиоцитарной инфильтрации ($2,55\pm 0,17$ против $1,47\pm 0,14$, $p=0,001$). Помимо этого, наметилась тенденция к нормализации маркера воспаления СРБ ($7,4\pm 3,2$ против $4,3\pm 2,1$ мг/л, $p=0,002$).

Включение эрадикационной терапии с учетом антибиотикочувствительности в алгоритм лечения больных стабильной стенокардией в сочетании с хроническим *H. pylori*-ассоциированным гастритом, не только обеспечивает высокую эффективность уничтожения высокотоксигенных штаммов бактерии, но и оказывает благоприятное воздействие на морфологическую и эндоскопическую картину, предотвращая при этом прогрессирование морфологических метапластических изменений гастродуоденальной зоны, улучшает клинический статус и качество жизни больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования пациентов стабильной стенокардии в сочетании с хроническим гастритом представлено многогранное и комплексное исследование функционального состояния миокарда, сонных и коронарных артерий. Впервые представлен комплексный анализ клинико-функциональных особенностей сочетания стабильной стенокардии и хронического гастрита в зависимости от типа и инфицированности *H. pylori*. У пациентов стабильной стенокардии в сочетании с хроническим гастритом выявлены более значимые уровни фибриногена и мочевой кислоты, которые нарастают с выраженностью иммунного ответа.

По данным ЭХОКГ выявлена большая частота встречаемости эксцентрической ГЛЖ у пациентов с высоким уровнем иммунологического ответа на инфекцию *H. pylori*. По данным полученным в ходе выполнения ДС БЦА среди больных с серологически подтвержденным высоким титром антител к инфекции *H. pylori* имеются более значимая частота выявляемости атеросклеротических бляшек и стенозирования БЦА в пределах 20-50% и

свыше 50%, в том числе у пациентов с атрофическим гастритом. При анализе данных, полученных в ходе исследования коронарографии, выявлено более выраженное поражение коронарного русла как по проценту стенозирования просвета коронарных артерий, так и по числу пораженных сосудов среди больных стабильной стенокардией в сочетании с хроническим *H. pylori*-ассоциированным гастритом. При оценке качества жизни обнаружена более значимая частота выраженных диспепсических расстройств, дискомфорта в груди и беспокойства среди больных стабильной стенокардией с высоким уровнем иммунологического ответа.

При анализе штаммов *H. pylori* обнаружено, что *VacA* выявляется у 8,7% больных, *CagA* – у 34,7%, *НорQ* – у 13,1%, *Oip* – у 30,4% больных стабильной стенокардией в сочетании *H. pylori* – ассоциированным гастритом. Эрадикационная терапия с условием определения антибиотикочувствительности *H. pylori* повышает эффективность эрадикации высокотоксигенных штаммов бактерии до 96%. Включение эрадикационной терапии с учетом антибиотикочувствительности в алгоритм лечения больных стабильной стенокардией в сочетании с хроническим *H. pylori*-ассоциированным гастритом, не только обеспечивает высокую эффективность уничтожения высокотоксигенных штаммов бактерии, но и оказывает благоприятное воздействие на морфологическую и эндоскопическую картину, предотвращая при этом прогрессирование морфологических метапластических изменений гастродуоденальной зоны, улучшает клинический статус и качество жизни больных.

Перспективами разработки темы являются: дальнейшее изучение клинко - патогенетических особенностей сочетания ишемической болезни сердца и патологии желудочно-кишечного тракта, проблема инфицирования *H. pylori* у больных с кардиоваскулярной патологией, исследование прогрессии морфологических изменений гастродуоденальной зоны и детерминирующих факторов их исхода у больных заболеваниями сердечно-сосудистой системы, изучение факторов риска ишемической болезни сердца и их профилактики, формирование концептуально-интегративного подхода в повышении качества жизни больных ишемической болезнью сердца в сочетании с гастродуоденальной патологией.

Выводы

1. Среди больных стабильной стенокардией с сочетанием хронического гастрита 55,1% имеют инфекцию *H. pylori*, 25,8% – *H. pylori*-ассоциированный атрофический гастрит. У больных стабильной стенокардией с сочетанием хронического *H. pylori*-ассоциированного гастрита, имеются более значимые уровни фибриногена и мочевой кислоты, нарастающие с выраженностью иммунного ответа организма на инфекцию *H. pylori*, что отягощает атерогенный фон для прогрессирования ишемической болезни сердца.

2. У больных стабильной стенокардией инфекция *H. pylori* оказывает негативное влияние на структурно-геометрические параметры сердца, причем при повышении серологического титра антител против *H. pylori* негативизм воздействия возрастает. 90,2% больных стабильной стенокардией с хроническим *H. pylori*-ассоциированным гастритом имеют диастолическую дисфункцию ЛЖ: по I типу – 48,8%, по II типу – 34,1%, по III типу – 7,3% больных. У 43,5% больных с высоким уровнем иммунологического ответа на инфекцию *H. pylori* имеет место эксцентрическая гипертрофия ЛЖ.

3. У больных стабильной стенокардией с сочетанием хронического *H. pylori* – ассоциированного гастрита в сравнении с больными изолированной стабильной стенокардией установлены более выраженные изменения сосудистой стенки. По результатам дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий у 95,7% больных с серологически подтвержденным высоким титром антител к инфекции *H. pylori* имеются атеросклеротические бляшки и стенозирование БЦА в пределах 20-50%, у 43,5% - гемодинамически значимое поражение БЦА (свыше 50%). 86,9% больных стабильной стенокардией в сочетании с атрофическим гастритом имеют атеросклеротические бляшки и поражение БЦА в пределах 20-50%, 39,1 % - поражение БЦА свыше 50%.

4. Поражение коронарного русла более выражено как по проценту стенозирования просвета коронарных артерий, так и по числу пораженных сосудов среди больных стабильной стенокардией в сочетании с хроническим *H. pylori*-ассоциированным гастритом. У 78,3% больных с высокой степенью *H. pylori*-инфицированности имеется трехсосудистое поражение коронарных артерий, у 56,5% – выявлена окклюзия коронарных артерий. 78,3% больных стабильной стенокардией с сочетанием атрофического гастрита имеют поражение коронарных артерий в пределах 76 – 95 %, 65,2% - трехсосудистое поражение коронарного русла.

5. 43,5% больных стабильной стенокардией с высоким уровнем иммунологического ответа к инфекции *H. pylori* имеют значительные диспепсические расстройства, 34,8% - дискомфорт в груди, 30,4% - беспокойство и депрессию, а также выраженное снижение показателей физического, ролевого, эмоционального и социального функционирования, шкалы боли, общего состояния здоровья и психологического здоровья в сравнении с больными изолированной стабильной стенокардией напряжения.

6. Токсигенные штаммы *H. pylori* VacA имеются у 8,7% больных, CagA – у 34,7%, HspQ – у 13,1%, Oip – у 30,4% больных стабильной стенокардией в сочетании с *H. pylori* – ассоциированным гастритом. Эрадикационная терапия с условием определения антибиотикочувствительности *H. pylori* при включении в стандартный алгоритм лечения больных стабильной стенокардией с сочетанием хронического атрофического гастрита, повышает эффективность эрадикации высокотоксигенных штаммов бактерии до 96%, оказывает благоприятное воздействие на морфологическую и эндоскопическую картину, предотвращая при этом развитие возможной дисплазии слизистой оболочки желудка, улучшает клинический статус и качество жизни больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больным стабильной стенокардией при наличии показаний и при согласии пациента следует проводить эндоскопическое обследование методом фиброгастродуоденоскопии для своевременного выявления поражения гастродуоденальной зоны. При наличии подозрений на дисплазию или атрофию слизистой оболочки желудка необходимо применять биопсийные методы исследования для уточнения морфологических изменений.

2. У больных стабильной стенокардией с сочетанием хронического гастрита необходима своевременная диагностика инфекции *H. pylori*, а при положительном результате - включение эрадикационной терапии длительностью 14 дней в алгоритм лечения данного контингента больных с целью нивелирования воспалительного фона и дальнейшего прогрессирования атеросклероза.

3. Проведение эрадикационной терапии с условием определения антибиотикочувствительности *H. pylori* обеспечивает высокую эффективность эрадикации, своевременно и надежно предотвращая возможное развитие дисплазии слизистой оболочки желудка, в том числе рака желудка.

4. Больным стабильной стенокардией с сочетанием хронического *H. pylori*-ассоциированного гастрита следует проводить комплексное обследование, включающее клиничко-лабораторное исследование, исследование коронарного и каротидного русла (ЭХОКГ, КАГ, ДС БЦА). Динамический мониторинг клиничко-функционального состояния, показателей липидного спектра, маркеров воспаления, эндоскопической и морфологической картины гастродуоденальной зоны с целью оценки эффективности проводимой терапии способствует оптимизации терапии и улучшению качества жизни больных.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Приходько, М.Н. Оценка клинико-функциональных параметров у больных стабильной стенокардией с сопутствующей гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Вятский медицинский вестник. – 2016. – № 2 (50). – С. 23–26.
2. Приходько, М.Н. Особенности коронарного русла у больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, С.В. Иконников, Ж.Г. Симонова // Лечащий врач. – 2017. – № 7. – С. 28–29.
3. Приходько, М.Н. Особенности состояния общих сонных артерий у больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Вятский медицинский вестник. – 2017. – № 3 (55). – С. 15–19.
4. Приходько, М.Н. Особенности коронарного русла больных стабильной стенокардией с сочетанием *H. pylori* - ассоциированной гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, Л.О. Приходько, Н.П. Трофимова, Ж.Г. Симонова // Сибирское медицинское обозрение. – 2018. – № 4. – С. 83–88.
5. Приходько, М.Н. Оценка антибиотикочувствительности *Helicobacter pylori* у больных стабильной стенокардией с сопутствующей гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, Л.О. Приходько, Е.П. Колеватых, С.В. Иконников, Ж.Г. Симонова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – № 151 (03). – С. 34–40.
6. Приходько, М.Н. Оценка качества жизни больных стабильной стенокардией в сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, Л.О. Приходько, Ж.Г. Симонова // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2018. – №2. – С. 14–17.
7. Приходько, М.Н. Оценка поражения коронарных артерий методом коронароангиографии у больных стабильной стенокардией в сочетании с хроническим гастритом / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2018. – № 1. – С. 49–55.
8. Приходько, М.Н. Оценка состояния общей сонной и внутренней сонной артерий у больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2018. – № 17 (1). – С. 32–36.
9. Приходько, М.Н. Изучение клинико-функционального статуса больных стабильной стенокардией II – III ФК с сочетанием хронического гастрита и дуоденита / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции Перспективы развития современной медицины. – Воронеж, 2016. – С. 50–53.
10. Приходько, М.Н. Особенности ремоделирования левого желудочка и состояния комплекса интима-медиа артериальной стенки у больных стабильной стенокардией с сочетанием хронического гастрита / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной медицины». – Екатеринбург, 2016. – С. 31–34.
11. Приходько, М.Н. Оценка геометрии левого желудочка у больных стабильной стенокардией II ФК в сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Сборник тезисов 83-й Всероссийской Байкальской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, «Актуальные вопросы современной медицины», посвященная 140-летию со дня рождения профессора Н.Д. Бушмакина. – Иркутск, 2016. – С. 225–226.
12. Приходько, М.Н. Оценка индекса массы тела у больных стабильной стенокардией II – III функционального класса в зависимости от варианта гастродуоденальной патологии / М.Н. Приходько, Ж.Г. Симонова // Сборник тезисов II Съезда терапевтов республики Саха (Якутия). – Якутск, 2016. – С. 78–79.

13. Приходько, М.Н. Оценка клинико-функциональных параметров у больных стабильной стенокардией в зависимости от варианта гастродуоденальной патологии / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы и достижения в медицине». – Самара, 2016. – С. 44–46.

14. Приходько, М.Н. Оценка толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии у больных стабильной стенокардией в сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Сборник тезисов 83-й Всероссийской Байкальской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, «Актуальные вопросы современной медицины», посвященная 140-летию со дня рождения профессора Н.Д. Бушмакина. – Иркутск, 2016. – С. 215–216.

15. Приходько, М.Н. Изучение клинико-функциональных параметров у больных стабильной стенокардией в зависимости от гастродуоденальной патологии / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Материалы Всероссийского научного форума студентов и молодых ученых с международным участием, «Студенческая наука – 2017». – Санкт – Петербург, 2017. – С. 228.

16. Приходько, М.Н. Изучение маркеров воспаления у больных стабильной стенокардией с сочетанием гастродуоденальной патологии / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Материалы Всероссийского научного форума студентов и молодых ученых с международным участием, «Студенческая наука – 2017». – Санкт – Петербург, 2017 г. – С. 229.

17. Приходько, М.Н. Клинико-функциональные особенности больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, Л.О. Приходько, Е.М. Холявицкая, С.В. Иконников, Ж.Г. Симонова // Сборник тезисов IV съезда терапевтов Республики Татарстан. – Казань, 2017. – С. 73.

18. Приходько, М.Н. Особенности артериальной стенки коронарных и общих сонных артерий у больных стабильной стенокардией II – III ФК при сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Сборник трудов XVIII-ой Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежь и Медицинская наука в XXI веке». – Киров, 2017. – С. 110–111.

19. Приходько, М.Н. Особенности каротидной зоны у больных стабильной стенокардией II – III ФК с сочетанием хронического гастрита и дуоденита / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Материалы Всероссийского научного форума студентов и молодых ученых с международным участием, «Студенческая наука – 2017». – Санкт – Петербург, 2017. – С. 229–230.

20. Приходько, М.Н. Особенности коронарного русла больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, Л.О. Приходько, С.В. Иконников, Е.М. Холявицкая, Ж.Г. Симонова // Сборник тезисов IV съезда терапевтов Республики Татарстан. – Казань, 2017. – С. 62.

21. Приходько, М.Н. Особенности коронарного русла у больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Сборник тезисов IV Съезда терапевтов Приволжского федерального округа. – Нижний Новгород, 2017. – С. 67.

22. Приходько, М.Н. Особенности коронарного русла у больных стабильной стенокардией II – III функционального класса при сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Сборник материалов VII научно-практической конференции молодых ученых, посвященной 90-летию Новокузнецкого Государственного Института Усовершенствования врачей «Медицина XXI века». – Новокузнецк, 2017. – С. 93–95.

23. Приходько, М.Н. Особенности ремоделирования левого желудочка у больных стабильной стенокардией II – III функционального класса при сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Сборник материалов VII научно-практической конференции молодых ученых, посвященной 90-летию Новокузнецкого

Государственного Института Усовершенствования врачей «Медицина XXI века». – Новокузнецк, 2017. – С. 95–97.

24. Приходько, М.Н. Оценка клинико-лабораторных параметров у больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Сборник материалов VII научно-практической конференции молодых ученых, посвященной 90-летию Новокузнецкого Государственного Института Усовершенствования врачей «Медицина XXI века». – Новокузнецк, 2017. – С. 97–99.

25. Приходько, М.Н. Оценка клинико-лабораторного статуса больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, Л.О. Приходько, Е.М. Холявицкая, С.В. Иконников, Ж.Г. Симонова // Сборник тезисов V съезда терапевтов Южного федерального округа. – Ростов-на-Дону, 2017. – С. 95.

26. Приходько, М.Н. Оценка клинико-функциональных особенностей у больных стабильной стенокардией II – III функционального класса при сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Сборник материалов VII научно-практической конференции молодых ученых, посвященной 90-летию Новокузнецкого Государственного Института Усовершенствования врачей «Медицина XXI века». – Новокузнецк, 2017. – С. 99–101.

27. Приходько, М.Н. Оценка клинико-функциональных параметров у больных стабильной стенокардией по результатам комплексного обследования / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Материалы Всероссийского научного форума студентов и молодых ученых с международным участием, «Студенческая наука – 2017». – Санкт – Петербург, 2017 г. – С. 231.

28. Приходько, М.Н. Оценка психологического компонента качества жизни у больных стабильной стенокардией с сочетанием гастродуоденальной патологии / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Сборник трудов XVIII-ой Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежь и Медицинская наука в XXI веке». – Киров, 2017. – С. 111–112.

29. Приходько, М.Н. Оценка физического компонента качества жизни у больных стабильной стенокардией с сочетанием гастродуоденальной патологии / М.Н. Приходько, К.В. Андреев, Ж.Г. Симонова // Сборник трудов XVIII-ой Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Молодежь и Медицинская наука в XXI веке». – Киров, 2017. – С. 112–113.

30. Приходько, М.Н. Оценка функционально-лабораторного статуса больных стабильной стенокардией при сочетании с гастродуоденальной патологией / М.Н. Приходько, Л.О. Приходько, Е.М. Холявицкая, С.В. Иконников, Ж.Г. Симонова // Сборник тезисов V съезда терапевтов Южного федерального округа. – Ростов-на-Дону, 2017. – С. 113.

31. Приходько, М.Н. Оценка каротидного русла больных стабильной стенокардией с сочетанием Н. pylori – ассоциированной гастродуоденальной патологии / М.Н. Приходько, Л.О. Приходько, Ж.Г. Симонова // Сборник тезисов «Актуальные вопросы медицинской науки» 72-ой Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвященной 100-летию со дня рождения почётного профессора ЯГМУ, заслуженного врача РФ Ярыгина Н.Е. – Ярославль, 2018. – С. 225.

32. Приходько, М.Н. Оценка результатов дуплексного сканирования у больных ИБС с сочетанием Н. pylori-ассоциированной гастродуоденальной патологии / М.Н. Приходько, Л.О. Приходько, С.В. Иконников, Ж.Г. Симонова // Сборник тезисов XIII Национального Конгресса терапевтов. – Москва, 2018. – С. 186–187.

33. Приходько, М.Н. Оценка результатов дуплексного сканирования у больных стабильной стенокардией с сочетанием гастродуоденальной патологии / М.Н. Приходько, Ж.Г. Симонова // IV Всероссийская научная конференция молодых специалистов, аспирантов, ординаторов с международным участием. Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста. – Рязань, 2018. – С. 139–140.

34. Приходько, М.Н. Оценка стенозирующих изменений коронарных артерий у больных стабильной стенокардией в сочетании с атрофическим гастритом / М.Н. Приходько, Ж.Г. Симонова // Материалы Всероссийского научного форума студентов и молодых ученых с международным участием «Студенческая наука – 2018». – Санкт Петербург, 2018. – С. 555–556.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия
АтГ – атрофический гастрит
Ат. бл. – атеросклеротическая бляшка
ГДП – гастродуоденальная патология
ГЛЖ – гипертрофия миокарда ЛЖ
ДД – диастолическая дисфункция
ДС БЦА – дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИММЛЖ – индекс массы миокарда левого желудочка
ИМТ – индекс массы миокарда
ИПП – ингибиторы протонной помпы
ИФА – иммуноферментный анализ
КА – коронарная артерия
КАГ – коронароангиография
ЛЖ – левый желудочек
ЛКА – левая коронарная артерия
ММЛЖ – масса миокарда левого желудочка
ОВ – огибающая ветвь
ОСА – общая сонная артерия
ПМЖВ – передняя межжелудочковая ветвь
ПКА – правая коронарная артерия
ПЦР – полимеразная цепная реакция
ТИМ – толщина комплекса интима-медиа
ФВ – фракция выброса
ФГДС – фиброгастродуоденоскопия
ФК – функциональный класс
ХГ – хронический гастрит
ЭХОКГ – эхокардиография
ЭХОКС – эхокардиоскопия

Приходько Максим Николаевич

**Стабильная стенокардия напряжения с сочетанием
хронического *Helicobacter pylori* – ассоциированного гастрита:
клинико-функциональные особенности, оптимизация терапии**

14.01.04 – внутренние болезни

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук