

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ И НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ПОЯВЛЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНОПАТИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ

¹Сапожников А.Н., ¹Бурмистрова В.Г., ¹Мазурова О.В., ¹Сабитов И.А., ¹Шилова А.А.,
²Пышнограй Г.В.

¹ГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, Россия (432700, г. Ульяновск, ул. Льва Толстого, 42), e-mail: ulsu.ru

²ГОУ ВПО «Алтайская государственная педагогическая академия», Барнаул, Россия (656031, г. Барнаул, ул. Молодежная, 55)

Целью исследования являлось определение взаимосвязи курения с острым коронарным синдромом и эрозивно-язвенными поражениями желудка и 12-перстной кишки. Проанализировано 617 пациентов с острым коронарным синдромом: из них 358 курящих (58%) и 259 (42%) некурящих. Изучался анамнез, проводились коронароангиография, фиброгастроскопия, определялись паракоагуляционные пробы. В результате определено, что курильщики в среднем на 6,7 года моложе, чем некурящие пациенты. Курение явилось независимым фактором риска сочетания острого коронарного синдрома и эрозивно-язвенных поражений желудка (по данным эндоскопического исследования). Исходя из результатов коронарной ангиографии, курение может быть причиной более раннего и агрессивного течения атеросклероза коронарных артерий. С курением у больных с острым коронарным синдромом ассоциирована частая встречаемость (в 1,5 раза) язвенной болезни 12-перстной кишки и/или желудка в анамнезе. Положительные паракоагуляционные пробы в коагулограмме, являющиеся маркерами нарушения гемостаза, достоверно чаще появляются у курящих больных. Таким образом, курение является фактором, способствующим сочетанию острого коронарного синдрома с эрозивно-язвенными поражениями желудка и 12-перстной кишки.

Ключевые слова: сочетанная патология, курение, острый коронарный синдром, язвенная болезнь, коронарный атеросклероз, коагулопатия.

THE IMPACT OF SMOKING AND NICOTINE INDEPENDENCE ON THE GASTRODUODENOPATHIES ADVENT IN EMERGENCY CARDIOLOGY

¹Sapozhnikov A.N., ¹Burmistrova V.G., ¹Mazurova O.V., ¹Sabitov I.A., ¹Shilova A.A.,
²Pyshnograj G.V.

¹Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia (432700, Ulyanovsk, Lev Tolstoy, 42), e-mail: ulsu.ru

²Altai state pedagogical academy Barnaul, Rossija (656031, Barnaul, ul. Molodezhnaja, 55)

The aim of the article: The relationship between smoking and acute coronary syndrome with stomach erosive-ulcerative lesions was studied. The 617 patients were analyzed: 358 smokers (58%) and 259 (42%) non-smokers. Results: Smoking was an independent risk factor of acute coronary syndrome and stomach erosive and ulcerous lesions combination (according to the endoscopy). According to the results of coronary angiography, smoking may be the cause of more early and aggressive atherosclerosis in the coronary arteries. The frequent occurrence of duodenal and/or stomach ulcer in history (1.5 times) was associated in acute coronary syndrome patients with smoking. Conclusions: Smoking is a contributing factor to the combination of acute coronary syndrome with erosive and ulcerative lesions of the stomach.

Keywords: concomitant pathology, smoking, acute coronary syndrome, peptic ulcer disease, coronary atherosclerosis, coagulopathy.

Введение

Распространенность табакокурения связана с психостимулирующим и седативным действием никотина, при этом главной причиной невозможности избавления от этой привычки является быстрое формирование табачной (никотиновой) зависимости, которую отмечают в 25-90% случаев у лиц, систематически курящих табак [1; 2]. Именно существованием клинической формы табачной (никотиновой) зависимости и

обуславливается неэффективностью мероприятий по прекращению курения среди населения [2; 5]. В МКБ 10 пересмотра в рубрике F-17 – «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака» выделяется «Синдром зависимости» под кодом F1x.2. Табачная зависимость – сложный вялотекущий психопатологический процесс, приобретающий на высоте своего развития черты сверхценности, которая направляет поведение больных на поиск табака и его курение [3; 5]. Курение – один из существенных факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний [6]. Даже в невысоких концентрациях аэрозольные формы соединений свинца и кадмия, входящие в состав сигаретного дыма, неблагоприятно влияют на систему свертывания крови. Более 80% больных, страдающих хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки, являются курильщиками. Никотин может повышать секрецию соляной кислоты и снижать двигательную активность желудка. Длительное курение ведет к гиперплазии обкладочных клеток слизистой оболочки желудка. Курение ведет, кроме того, к сужению кровеносных сосудов, нарушает кровоснабжение желудка и 12-перстной кишки, создавая тем самым благоприятные условия для изъязвления слизистой оболочки [7; 8]. Целью нашего исследования являлось изучение воздействия никотиновой зависимости и табакокурения на сочетание патологии сердечно-сосудистой системы и желудка (12-перстной кишки).

Материалы и методы

В исследование включили всего 617 пациентов (424 мужчины, 193 женщины), поступивших в региональный сосудистый центр г. Ульяновска в 2010-2013 гг. с острым коронарным синдромом. К числу курильщиков мы отнесли 358 пациентов, систематически выкуривающих не менее 10 (максимально до 60!) сигарет с сутки на протяжении длительного времени, либо имеющих стаж 10 пачко/лет. Всем пациентам проводилось полное обследование согласно стандартам оказания медицинской помощи при ОКС. При сборе анамнеза акцентировалось внимание на наличие перенесенной ранее язвенной болезни 12-перстной кишки и/или желудка, сахарного диабета, а также постоянный прием ацетилсалициловой кислоты с целью профилактики ИБС. По данным коронароангиографии, в зависимости от тяжести атеросклероза определялся мультифокальный стеноз или стеноз 0-2 коронарных артерий (ангиограф Simens Axion Artis). Лабораторные исследования показателей коагулограммы проводились в 1-3 дни на программно-аппаратном комплексе «Olympus AU400» (Япония). Коагулопатии выставлялись на основании появления в анализе крови хотя бы одной из положительных паракоагуляционных проб (этаноловая проба и появление фибриногена Б). Исследования слизистой желудка производилось эндоскопическим методом на цифровом цветном видеопроцессоре «Pentax EPK-1000» (Япония) на 7±1 день пребывания больного в стационаре. В исследование не включались

пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения; гемодинамически значимым поражением клапанов сердца; симптоматическими гипертониями; острым и хроническим легочным сердцем; кардиомиопатиями; воспалительными заболеваниями оболочек сердца; расслоением аорты; злокачественными новообразованиями; получающие программный гемодиализ. Статистическая обработка материала проведена с помощью русифицированного пакета «Статистика 6.0». Для непрерывных величин рассчитывали средние величины (M), стандартные отклонения (SD). Достоверность различий количественных признаков оценивалось при помощи t-критерия Стьюдента (при параметрическом распределении) и U-критерия Манна-Уитни (при непараметрическом распределении). При сравнении качественных признаков использовался критерий χ^2 . Проведены парные сравнения и многофакторный анализ. Достоверность значимости коэффициента корреляции была определена критерием t, ошибка коэффициента корреляции определялась методом квадратов Пирсона. Статистически значимыми считали различия, если вероятность абсолютно случайного их характера не превышала 5% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

Ранее нами (по методу наименьших квадратов) построена регрессионная математическая модель «факторов риска, определяющих развитие эрозивно-язвенных гастропатий, у больных с острым коронарным синдромом». Табакокурение явилось одним из основных патогенетических факторов, определяющих коморбидную патологию. Из изучаемых нами факторов (возраст, курение, прием ацетилсалициловой кислоты, мультифокальный стенозирующий атеросклероз коронарных сосудов, паракоагуляция, наличие сахарного диабета и язвенной болезни в анамнезе) табакокурение вышло со вторым по величине коэффициентом 0,273 после наличия язвенной болезни в анамнезе [4].

Анализируя табакокурение больных с ОКС, определено, что распространенность составила 58% от общего число пациентов ($358/617 * 100\%$). Таким образом, процент курильщиков среди больных с ОКС существенно превышает таковой (около 40%) в целом по стране. Стаж курения составлял от 9 до 56 лет. Синдром зависимости в результате употребления табака (F17.2) диагностировался в подавляющем числе случаев. Средний возраст больных-курильщиков (основная группа) составлял $54,1 \pm 9,1$ года. Преобладали пациенты молодого и среднего возраста (от 26 до 60) – 272 (76%) человека. Больных старше 60 лет – 86 (24%). В группе некурящих пациентов средний возраст больных составлял $60,9 \pm 8,3$ года. Пациентов молодого и среднего возраста было 146 человек, что на 20% меньше, чем в основной группе. Больных старше 60 лет – 113 (44%). Таким образом, некурящие пациенты в среднем на 6,7 года старше курильщиков. Профилактический прием ацетилсалициловой кислоты (АСК) в дозе 75 и более мг/сутки имел место у 125 (48%)

некурящих больных. В группе курильщиков процент принимающих АСК был несколько ниже 37% (132 человека). Не найдено достоверного различия по распространенности сахарного диабета II типа (табл. 1). Количество больных сахарным диабетом в основной группе - 37 (10%). В контрольной группе 31 случай сопутствующего сахарного диабета II типа (12%). Наличие язвенной болезни 12-перстной кишки и/или желудка в анамнезе у 128 (36%) курящих больных. В группе сравнения эта цифра существенно меньше - 61 (24%). Следовательно, несмотря на большую частоту приема АСК и старший возраст в некурящей группе, курение в значительной степени способствовало возникновению язвенной болезни. При проведении эндоскопического исследования в основной группе эрозивно-язвенные поражения желудка выявлены у 256 (71,5%) больных. В группе некурящих пациентов поражения желудка выявлены у 119 (46%) больных, не наблюдалось острых гастропатий у 140 (54%) пациентов. Статистически у курящих пациентов с ОКС появление эрозивно-язвенных поражений желудка достоверно чаще ($p < 0,001$, $\chi^2=41$), чем у больных некурящих.

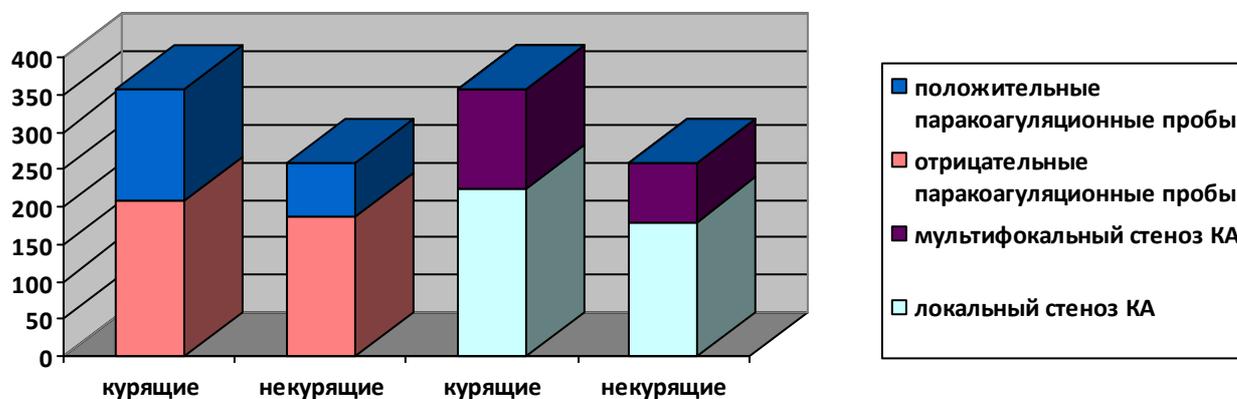
Таблица 1 - Частота эрозивно-язвенных поражений желудка и наличия сопутствующих заболеваний у курящих/некурящих больных с острым коронарным синдромом

Заболевание	Курящие больные, n, 358	Некурящие больные, n, 259
Гастродуоденит, n,	256*	119
<i>Сопутствующие заболевания</i>		
Сахарный диабет, n,	37	31
Язвенная болезнь в анамнезе, n,	128*	61

* - $p < 0,05$ по сравнению с некурящими

При лабораторном исследовании системы гемостаза коагулопатии появились у 150 (42%) курящих больных с ОКС (рис. 1).

Рисунок 1. Появление коагулопатий и выраженность стеноза коронарных артерий у курящих/некурящих больных с острым коронарным синдромом.



* - $p < 0,05$ по сравнению с некурящими

Соответствующие нарушения обнаружены у 73 (28%) человек группы контроля, достоверно реже. Многососудистое стенозирование коронарных артерий выявлено у 133 (37%) человек основной группы. В группе сравнения мультифокальный стеноз у 79 (31%) человек.

Учитывая тот факт, что группа курящих больных значительно моложе, можно утверждать о более быстром и агрессивном процессе коронарного атеросклероза у курильщиков. В свою очередь системный характер атеросклеротического поражения предполагает нарушение кровоснабжения и в сосудах желудка, и 12-перстной кишки, что является предиктором эрозивно-язвенных гастропатий. В свою очередь рядом авторов указывается на взаимосвязь между коагулопатиями и возникновением острых стрессовых поражений желудка [4; 6].

С использованием многофакторного анализа также доказано, что табакокурение – «независимый» фактор риска гастродуоденопатий. При построении матрицы парных корреляций выявлены различия: гастродуоденопатии и курение ($r=0,25$; $p<0,001$). При этом параметры возраст, курение, прием ацетилсалициловой кислоты, мультифокальный стенозирующий атеросклероз коронарных сосудов между собой не различимы ($r<0,13$), что позволяет нам считать гастродуоденопатии следствием выявления этих факторов.

Клинический случай: больной С., мужчина 59 лет. Стаж курения 40 лет. Перенесенный передний инфаркт миокарда (2012 г.). После инфаркта курить, несмотря на многочисленные предупреждения медицинских работников, не бросил. Выкуривал не менее 20 сигарет в сутки. ДИАГНОЗ: ИБС. Острый повторный инфаркт миокарда с зубцом Q передней стенки ЛЖ от 08.07.2013. Умер 10.07.2013. На рис. 2 - макропрепарат сердца с поперечными секционными разрезами, 11.07.2013: по передней стенке белесоватая рубцовая ткань, на разрезе острый инфаркт пестро-бурого цвета. На рис. 3 - макропрепарат желудка, 11.07.2013: поверхность гладкая блестящая, множественные эрозии красного цвета.



Рис. 2. Макропрепарат сердца.



Рис. 3. Макропрепарат желудка.

Выводы

Никотиновая зависимость определяется более чем у 50% пациентов с острым коронарным синдромом, что значительно больше общепопуляционного уровня в Российской Федерации. Табакокурение является независимым фактором риска сочетания острого коронарного синдрома с эрозивно-язвенными поражениями желудка. Некурящие пациенты с острым коронарным синдромом в среднем на 6,7 года старше курильщиков. Количество случаев язвенной болезни 12-перстной кишки и/или желудка в анамнезе у курящих больных с острым коронарным синдромом возрастает в 1,5 раза. Острый коронарный синдром у курящих больных чаще сопровождается коагулопатиями.

Работа выполнена при поддержке Министерства образования и науки РФ (НИР, проводимые в рамках государственного задания Министерства образования и науки РФ на 2013, 2014 гг.) и РФФИ 13-01-9704213_поволжье.

Список литературы

1. Гарницкая А.С. Аффективные расстройства в формировании и клинике табачной зависимости : дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999. - 164 с.
2. Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В.Д. Менделевича. - СПб. : Речь, 2007. - С. 389-399.
3. Сапожников А.Н., Бурмистрова В.Г., Галявич А.С. Факторы риска, определяющие развитие эрозивно-язвенных гастропатий, у больных с острым коронарным синдромом // Фундаментальные исследования. — 2013. — № 9 (часть 6) 2013. - С. 1134-1138.
4. Смирнов В.К. Клиника и терапия табачной зависимости. – М., 2000. - 94 с.
5. Смирнов В.К. Клинико-психопатологические аспекты проблемы табачной зависимости / В.К. Смирнов, О.И. Ермолова, О.И. Сперанская // Наркология. - 2004. - № 5. - С. 42-45.
6. Jiang C.Q., Xu L., Lam T.H., Lin J.M., Cheng K.K., Thomas G.N. Smoking cessation and carotid atherosclerosis: The Guangzhou Biobank Cohort Study-CVD. J Epidemiol Community Health. 2009. № 11. P. 18-19.
7. Janet M. Torpy, MD; Cassio Lynn, MA; Robert M. Golub, MD Peptic Ulcer Disease JAMA. 2012. - № 12. - P. 1329.
8. Stuttford T. When the pain of a peptic ulcer is hard to stomach, in The Times. - London (UK), 1998. - P. 18-18.

Рецензенты:

Генинг Т.П., д.м.н., профессор, зав. кафедрой физиологии и патофизиологии Ульяновского государственного университета, г. Ульяновск.

Слесарева Е.В., д.м.н., зав. кафедрой морфологии Ульяновского государственного университета, г. Ульяновск.