В настоящее время по-прежнему вопросы, связанные с диагностикой и лечением эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны у больных ИБС, являются предметом широкого обсуждения.

Традиционная противоязвенная терапия, которая используется у этих пациентов, не всегда приводит к быстрому и полному заживлению язв и эрозий желудка и 12-перстной кишки, что обусловлено особенностями клинической картины и механизмами возникновения заболевания. Боли нередко локализуются в левой половине грудной клетки, **усиливаются** на высоте пищеварения, сочетаясь с загрудинными болями. Дифференциальная диагностика загрудинных болей часто затруднена и требует проведения холтеровского мониторирования. Язва желудка у пожилых пациентов с ИБС встречается в 3 раза чаще, чем язва 12-перстной кишки.

Обострения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки часто совпадают с обострением ИБС у этих больных. Дебют язвы желудка и 12-перстной кишки у 68% пациентов связан с **перенесённым острым инфарктом миокарда**. Морфологическая картина слизистой оболочки желудка у больных ИБС характеризуется развитием атрофических и дистрофических процессов, выраженных нарушений микроциркуляции в собственной пластинке слизистой оболочки желудка и наличием кишечной метаплазии.

Установлено, что обострения язвенной болезни могут отрицательно влиять на состояние коронарного кровотока, способствуя развитию ОКС. Определённую роль в формировании данного сочетания заболеваний играет и наследственная предрасположенность. При сочетании ИБС и язвенной болезни наблюдается взаимоотягощающее влияние одного заболевания на течение другого. Развитие инфаркта миокарда у больных язвенной болезнью приводит нередко к её обострению.

**Прочитать еще:**

1) Эпителиальные опухоли

2) Арренобластома

3) Гистологический анализ почек