

М.І. Швед, Т.М. Ганич

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Частота інфікування *Helicobacter pylori* пацієнтів різного віку та статі з гострим коронарним синдромом на фоні есенціальної артеріальної гіпертензії

Мета — дослідити частоту інфікування *Helicobacter pylori* серед пацієнтів із гострим коронарним синдромом різної статі та віку на фоні есенціальної артеріальної гіпертензії, які пред'являли диспептичні скарги. **Об'єкт і методи дослідження.** У дослідженні взяли участь 103 пацієнти віком 45–83 роки з гострим коронарним синдромом на фоні есенціальної артеріальної гіпертензії з диспептичними скаргами. Крім загальноприйнятих методів обстеження хворих на гострий коронарний синдром згідно з діючим протоколом, проведено визначення сумарних антитіл сироватки крові до *Helicobacter pylori*. **Результати.** Виявлено достовірно вищу частоту інфікування *Helicobacter pylori* у обстежених чоловіків порівняно з жінками. Частота інфаркту міокарда була достовірно вищою серед хворих, інфікованих *Helicobacter pylori*, порівняно з неінфікованими, особливо у чоловіків середнього та похилого віку, порівняно з жінками, чого не спостерігали у хворих, не інфікованих *Helicobacter pylori*. **Висновки.** Отримані дані можуть свідчити про негативний вплив *Helicobacter pylori* на перебіг гострого коронарного синдрому з фоновою артеріальною гіпертензією, зумовлюючи доцільність включення обстеження стосовно інфікування *Helicobacter pylori* до лікувально-діагностичного комплексу, особливо у чоловіків середнього та похилого віку.

Ключові слова: гострий коронарний синдром, *Helicobacter pylori*, вік, стать.

Вступ

Серцево-судинні захворювання, в тому числі гострий коронарний синдром (ГКС) — найчастіша причина смерті в Україні та світі. Виявлення пацієнтів із ГКС серед усіх випадків серцевих захворювань є складним завданням діагностики, а смертність, частота розвитку інфаркту міокарда (ІМ) та повторної госпіталізації у цих хворих залишаються високими, незважаючи на сучасне лікування, особливо за наявності фонової артеріальної гіпертензії, а також супутніх захворювань (Андрієвська С.О., 2015; Bajaj A. et al., 2015).

Проведені дослідження зв'язку між інфекцією *Helicobacter pylori* (HP) та серцево-судинними захворюваннями, зокрема ішемічною хворобою серця (ІХС), показали можливий вплив HP на виникнення і розвиток атеросклеротичної бляшки з пошкодженням судинної стінки. Висловлено думку, що HP може впливати на розвиток ІХС різними шляхами, такими як зміни ліпідного профілю, підвищення рівня коагуляції та агрегації тромбоцитів, індукція механізмів системного запалення тощо. Разом з тим в інших дослідженнях не підтверджена наявність можливих зв'язків між інфекцією HP та підвищеним ризиком ІМ (Budzyński J. et al., 2014; Sharma V., Aggarwal A., 2015; Sun J. et al., 2016).

Перебіг ІХС відрізняється у пацієнтів різного віку і статі, проте в літературі немає одностайної думки щодо впливу HP на перебіг ГКС у чоловіків та жінок різного віку (Roeters van Lennep J.E. et al., 2002). Зважаючи на суперечливість даних літератури щодо проблеми хелікобактеріозу серед пацієнтів із ІХС різного віку і статі, а також недостатньо вивчене питання впливу HP на перебіг ГКС, доцільним є вивчення частоти інфікування HP серед хворих на ГКС та особливостей клінічного перебігу ГКС у пацієнтів різного віку та статі, інфікованих HP.

Мета — вивчити частоту інфікування HP серед хворих на ГКС різної статі та віку.

Об'єкт і методи дослідження

Дослідження проводили на базі Закарпатського обласного клінічного кардіологічного диспансеру та кардіореанімаційного відділення Центральної міської клінічної лікарні м. Ужгород у період 2015–2016 рр. Обстежено 103 пацієнти різної статі віком

45–83 роки з ГКС, медична документація яких містила дані про фоновою есенціальну артеріальну гіпертензію, і які пред'являли скарги з боку травного тракту: біль/дискомфорт у ділянці епігастрію, нудоту, печію тощо.

Методи дослідження — загальноклінічні (скарги, анамнез захворювання та життя, фізикальне обстеження), загальні аналізи крові та сечі, біохімічний аналіз крові, функціональні (електрокардіограма, холтеровське моніторування електрокардіограми), інвазивні (коронарографія), імуноферментний аналіз для визначення рівня сумарних антитіл до HP, езофагогастро-дуоденоскопія, консультація гастроентеролога. Лабораторні та біохімічні дослідження проводили на основі стандартних методик. Пацієнтам проводили лікування згідно з діючими клінічними протоколами з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій (МОЗ України, 2012; 2014; 2016; Ibanez V. et al., 2018).

Залежно від титру сумарних антитіл до HP пацієнтів розподілили на групи HP-позитивних і -негативних (HP+ та HP– відповідно), а також за статтю і віком — середнього, похилого та старечого віку (45–60; 61–75 та 76–90 років відповідно).

Статистичну обробку даних проводили за допомогою програм «Microsoft Office Excell 2010» та «Statistica 10.0».

Результати та їх обговорення

Інфікування HP виявлене у 83 (83%) пацієнтів, з них достовірно частіше — серед чоловіків (58 (тобто 70% пацієнтів із високим титром сумарних антитіл до HP) порівняно з жінками (25 (30%); $p < 0,05$). Серед хворих із негативним результатом обстеження та HP статевий розподіл був більш рівномірним: 9 (47%) чоловіків і 11 (53%) жінок. З одного боку, чоловіча стать є некоригованим фактором ризику ІХС загалом і ГКС зокрема, тож переважання чоловіків у досліджуваній вибірці узгоджується з даними літератури (Ghaleb R. et al., 2018). З іншого боку, оскільки більшість обстежених були інфіковані HP, а також значного переважання тієї чи іншої статі серед хворих із негативними результатами обстеження на HP не виявлено, це може свідчити про зв'язок цієї інфекції з виникненням ГКС, особливо у чоловіків.

Розподіл обстежених за віком і статтю з урахуванням інфікування HP наведено в таблиці.

Таблиця. Розподіл обстежених хворих за віком і статтю з урахуванням інфікування *HP*

Вік, років	Інфікування <i>HP</i>	Чоловіки		Жінки	
		n	%	n	%
Середній (45–59)	+	23	28	10	12
	-	3	15	4	20
Похилий (60–74)	+	30	36	13	16
	-	4	20	6	30
Старечий (75–90)	+	5	6	2	2
	-	2	10	1	5

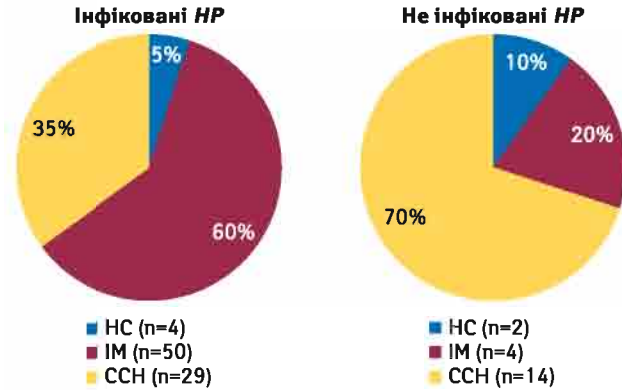


Рис. 1. Розподіл обстежених пацієнтів за клінічними діагнозами
Тут і далі: CSH – стабільна стенокардія напруження; HC – нестабільна стенокардія.

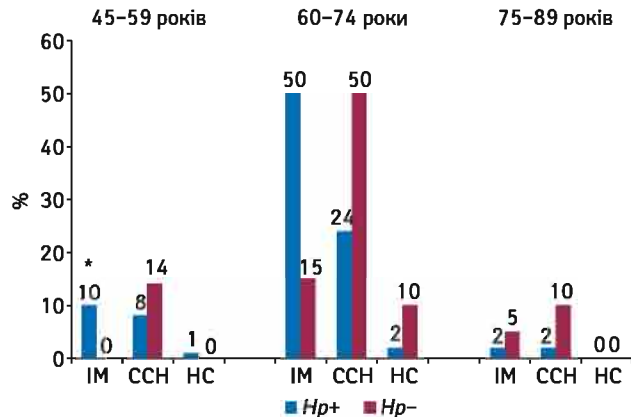


Рис. 2. Розподіл за нозологіями обстежених пацієнтів різного віку з урахуванням інфікування *HP*
* $p < 0,05$ – порівняно із хворими, не інфікованими *HP*.

Виявлено, що серед чоловіків усіх вікових груп частота інфікування *HP* удвічі (в середньому та похилому віці) або навіть утричі (в похилому віці) вища порівняно з жінками.

Розподіл пацієнтів за клінічними діагнозами після дообстеження наведено на рис. 1. Для більш демонстративного відображення тяжкості клінічного перебігу пацієнти з гострим та перенесеним в анамнезі ІМ об'єднані в категорію «Інфаркт міокарда».

Виявлено достовірно (втричі) вищу частоту ІМ і майже вдвічі вищу — ССН серед пацієнтів із ГКС, інфікованих *HP*, порівняно з неінфікованими, що узгоджується з даними літератури про вищу інтенсивність механізмів, які сприяють посиленню атерогенезу за наявності хелікобактеріозу.

Результати аналізу нозологічної структури захворювань серед чоловіків та жінок різних вікових груп, госпіталізованих із ГКС, представлені на рис. 2.

Виявлено достовірно вищу частоту ІМ серед хворих середнього віку, інфікованих *HP*, порівняно з неінфікованими, серед яких у цій віковій групі ІМ не діагностовано зовсім, що може свідчити на користь обтяжуючого впливу *HP* на перебіг ІХС, у тому числі «омолодження» ІМ. Крім того, частота ІМ у похилому віці втричі вища також серед хворих, інфікованих *HP*, порівняно з неінфікованими. Щоправда, ці дані не були вірогідними, ймовірно, у зв'язку з обмеженістю досліджуваної вибірки. Разом з тим частота ІМ, ССН і HC зростали від середнього до похилого віку зі зниженням у старечому віці незалежно від інфікування *HP*.

Серед чоловіків середнього віку, інфікованих *HP*, достовірно частіше відмічено ІМ, порівняно з жінками (10 та 0% відповідно; $p < 0,05$), а також набагато частіше — ССН (7 і 1% відповідно; $p < 0,05$) і дещо частіше — HC (1 і 0% відповідно; $p < 0,05$). У похилому віці спостерігали подібну тенденцію: частота ІМ була в 4 рази вищою серед чоловіків, інфікованих *HP*, порівняно з жінками (39 і 11% відповідно), ССН — в 6 разів (18 та 3% відповідно), HC — 1 та 0% відповідно. Отже, *HP* міг негативно вплинути на перебіг ІХС, сприяючи обтяженню перебігу, особливо серед чоловіків середнього та похилого віку.

Серед хворих середнього віку, не інфікованих *HP*, ІМ та HC не виявлені взагалі, частота ССН була однаковою серед чоловіків та жінок (1%), а в похилому віці частота ІМ та HC у чоловіків та жінок співпадала (1%), ССН — була дещо вищою серед чоловіків порівняно з жінками, але не вірогідно (7 та 5% відповідно; $p > 0,05$). У старечому віці суттєвої різниці частоти ІМ, ССН та HC серед хворих різного віку та статі, інфікованих та не інфікованих *HP*, не виявлено. Так, частота ІМ та HC становила 1% серед чоловіків і 0% — у жінок та співпадала для обох нозологій у групах пацієнтів, інфікованих та не інфікованих *HP*, а частота ССН також співпадала і складала 1% серед чоловіків та жінок незалежно від наявного чи відсутнього інфікування *HP*.

Таким чином, під час вибору тактики ведення хворих на ГКС доцільно звернути увагу на ретельний збір гастроентерологічних скарг із включенням до діагностично-лікувального комплексу обстеження на предмет інфікування *HP* та, відповідно, ерадикацію цього збудника у разі його виявлення, особливо у чоловіків середнього та похилого віку.

Висновки

1. Інфікування *HP* достовірно частіше спостерігали серед чоловіків порівняно з жінками (70 та 30%; $p < 0,05$), причому частота інфікування чоловіків усіх вікових груп була більше ніж удвічі вищою порівняно з жінками, чого не спостерігали серед хворих, не інфікованих *HP* (рівномірний розподіл пацієнтів за статтю).

2. Виявлено достовірно вищу частоту ІМ серед хворих, інфікованих *HP*, порівняно з неінфікованими, особливо в середньому та похилому віці, а також тенденцію до частішого розвитку ІМ у чоловіків середнього та похилого віку, інфікованих *HP*, порівняно з жінками.

3. Під час вибору тактики ведення чоловіків середнього та похилого віку із ГКС доцільно звернути увагу на ретельний збір гастроентерологічних скарг із включенням за необхідності до діагностично-лікувального комплексу обстеження щодо інфікування *HP* та, відповідно, ерадикацію цього збудника як можливого фактора обтяження перебігу.

Список використаної літератури

- Андрієвська С.О.** (2015) Гострий коронарний синдром: міжнародний досвід і сучасні позиції. Ліки України, 2(23): 24–29.
- МОЗ України** (2012) Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» (http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/384_2012/384_2012ykpmd_ag.pdf).
- МОЗ України** (2014) Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST» (http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014_455_GKS/2014_455%20YKPMd_GKS.pdf).
- МОЗ України** (2016) Уніфікований клінічний протокол надання первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST» (http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_164_GKS-bezST/2016_164_YKPMd_GKSbezST.pdf).
- Bajaj A., Sethi A., Rathor P. et al.** (2015) Acute complications of myocardial infarction in the current era: diagnosis and management. J. Investig. Med., 63(7): 844–855.
- Budzyński J., Kozłowski M., Kłopotka M. et al.** (2014) Clinical significance of *Helicobacter pylori* infection in patients with acute coronary syndromes: an overview of current evidence. Clin. Res. Cardiol., 103(11): 855–886.
- Ghaleb R., Mansour H., Amer M.O. et al.** (2018) Is there a role of *Helicobacter pylori* infection in incidence of acute coronary syndrome? Int. J. Adv. Biomed., 3(1): 1–4.

Ibanez B., James S., Agewall S. et al.; **ESC Scientific Document Group** (2018) 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart J.*, 39(2): 119–177.

Roeters van Lennep J.E., Westerveld H.T., Erkelens D.W., van der Wall E.E. (2002) Risk factors for coronary heart disease: implications of gender. *Cardiovasc. Res.*, 53(3): 538–549.

Sharma V., Aggarwal A. (2015) *Helicobacter pylori*: Does it add to risk of coronary artery disease. *World J. Cardiol.*, 7(1): 19–25.

Sun J., Rangan P., Bhat S.S., Liu L. (2016) A meta-analysis of the association between *Helicobacter pylori* infection and risk of coronary heart disease from published prospective studies. *Helicobacter*, 21(1): 11–23.

Частота інфікування *Helicobacter pylori* больних різного віку та статі на фоні есенціальної артеріальної гіпертензії

М.І. Швед, Т.М. Ганяч

Резюме. *Цель* — определить частоту инфицирования *Helicobacter pylori* больными с острым коронарным синдромом разного возраста и пола на фоне эссенциальной артериальной гипертензии, которые предъявляли диспептические жалобы. *Объект и методы исследования.* В клиническом исследовании приняли участие 103 больных разного пола в возрасте 45–83 лет с диагнозом острого коронарного синдрома на фоне эссенциальной гипертензии с диспептическими жалобами. Кроме общепринятых методов исследования больных острым коронарным синдромом согласно действующему протоколу, пациентам проводили определение суммарных антител сыворотки крови к *Helicobacter pylori*. *Результаты.* Среди обследованных мужчин частота инфицирования *Helicobacter pylori* достоверно превышала таковую у женщин. Частота инфаркта миокарда была достоверно выше среди больных, инфицированных *Helicobacter pylori*, в сравнении с неинфицированными, особенно у мужчин среднего и пожилого возраста, в сравнении с женщинами, что не наблюдалось в группе больных, не инфицированных *Helicobacter pylori*. *Выводы.* Полученные данные могут свидетельствовать о негативном влиянии *Helicobacter pylori* на течение острого коронарного синдрома с фоновой эссенциальной артериальной гипертензией, обуславливая целесообразность включения в диагностический комплекс обследо-

вания относительно инфицирования *Helicobacter pylori*, особенно у мужчин среднего и пожилого возраста.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, *Helicobacter pylori*, возраст, пол.

Incidence of *Helicobacter pylori* infection in acute coronary syndrome patients of different age and gender with pre-existing primary arterial hypertension

M.I. Shved, T.M. Hanych

Summary. *Aim* — to investigate the *Helicobacter pylori* infection incidence in acute coronary syndrome patients of different age and gender with pre-existing primary arterial hypertension and current dyspepsia complaints. *Object and methods.* 103 patients (age 45–83 years) with acute coronary syndrome, primary arterial hypertension and dyspeptic complaints participated the clinical trial. The patients underwent serum total antibodies to *Helicobacter pylori* rate detection additionally to the standard diagnosis methods according to the protocol. *Results.* The incidence of *Helicobacter pylori* infection was significantly higher among men than women. The myocardial infarction incidence was significantly higher in patients infected with *Helicobacter pylori* than in uninfected ones, especially in middle-aged and elderly men in comparison to women. This tendency wasn't present in uninfected patients. *Conclusions.* The data obtained might indicate a negative impact of *Helicobacter pylori* infection on the clinical course of acute coronary artery syndrome with pre-existing primary arterial hypertension, providing advisability of *Helicobacter pylori* infection screening and eradication in middle-aged and elderly in acute coronary artery syndrome patients with pre-existing primary arterial hypertension, especially in male gender.

Key words: acute coronary artery syndrome, *Helicobacter pylori*, age, gender.

Адреса для листування:

Швед Маріанна Іванівна
88000, Ужгород, вул. Сливки, 20
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
медичний факультет, кафедра факультетської терапії
E-mail: shved.marianna@gmail.com

Одержано 02.08.2018

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Медична реформа: хто такий черговий лікар первинної медичної допомоги?



медичної реформи.

Запит лікарки

Доброго дня! Я лікар загальної практики/сімейної медицини. Мене цікавить, що означає «черговий лікар»? Функції, режим роботи за умови підписаних декларацій в амбулаторії 30%? Дякую.

За коментарем ми звернулися до прес-служби Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України і отримали відповідь, яку і пропонуємо до уваги наших читачів.

Відповідь МОЗ України

Олександро, добрий день!

Прес-служба МОЗ України направляє відповідь на Ваш запит від 08.08.2018 р.

Нещодавно до видання «Український медичний часопис» через нашу сторінку у соціальній мережі Facebook звернулася читачка із запитом щодо провадження медичної практики на первинній ланці у зв'язку із змінами, які відбуваються в ході

У регулюючих документах немає вимоги до чергового лікаря, є тільки вимога в договорі з НСЗУ надавати допомогу в позаробочий час, для цього заклади можуть створювати черговий кабінет.

У розділі IV Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженого наказом МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504, передбачено нижченаведене.

Надавач первинної медичної допомоги (далі — ПМД) може самостійно або спільно з іншим (іншими) надавачами ПМД утворити черговий кабінет ПМД для обслуговування населення поза годинами прийому пацієнтів лікарями (командами) з надання ПМД, а також надання ПМД у вихідні, святкові та неробочі дні.

Черговий кабінет ПМД є місцем провадження господарської діяльності відповідного надавача (надавачів) ПМД.

Тобто надавач має право самостійно визначитися з формою і алгоритмом діяльності цього кабінету. Якщо такий кабінет створюється в Центрі ПМД, то мова може йти про структурний (або функціональний) підрозділ, положення про який слід затвердити відповідним наказом по закладу. Про можливість таких дій закладу (створювати необхідні підрозділи) зазвичай прописано в його статуті. У положенні про кабінет можна прописати і функції всіх учасників процесу — немедичного персоналу, медичних сестер і лікарів, а також пацієнтів (оскільки порядок роботи такого кабінету є складовою правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я).

Прес-служба «Українського медичного часопису»