

УДК 616.12-005.4+616.33-002.44:579.835.12

ІВАНОВА Л.М., ПІЛІЄВА О.В., НАЛАПКО К.К., СИСОЙКІНА Т.В., ВИСОЧИН М.В., ХОЛІНА О.А.
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини ДЗ «Луганський державний медичний університет»

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНФІКОВАНОСТІ *HELICOBACTER PYLORI*

Резюме. У роботі узагальнені результати комплексного обстеження 120 хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки у поєднанні з ішемічною хворобою серця. У хворих на поєднану патологію встановлені спільні патогенетичні механізми, у тому числі астеноневротичні. Патогенетично обґрунтована доцільність використання під час медичної реабілітації комбінованого фітозасобу гастритол.

Ключові слова: пептична виразка дванадцятипалої кишки, ішемічна хвороба серця, клініка, патогенез, медична реабілітація.

Вступ

Захворюваність на пептичну виразку дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК) становить 28,8 % від загальної кількості хронічних захворювань органів травлення [1, 8]. Епідеміологічні дані щодо вивчення поширеності ПВ свідчать, що ця хвороба щорічно виникає у 0,2 % мешканців України [5, 7]. Водночас в Україні серцево-судинні захворювання посідають перше місце за поширеністю, а смертність від них, у тому числі й від ішемічної хвороби серця (ІХС), перевищує аналогічні показники в інших країнах Європи [4]. У ряді досліджень показано вірогідний взаємозв'язок між наявністю хронічної інфекції, обумовленої *Helicobacter pylori* (НР), розвитком атеросклеротичного ураження судин та ІХС [8]. На сьогодні спостерігається ріст поліморбідності пацієнтів [9, 11, 12], у тому числі поєданого перебігу ПВ ДПК та ІХС (8–14 %), що модифікує клінічну картину обох захворювань, утруднює діагностику, знижує ефект лікування [6, 9]. Зменшення регіонарного кровообігу, виникнення гіпоксії, трофічних змін, які пов'язані з наявністю ІХС, відіграють важливу роль у патогенезі ПВ ДПК [3, 5, 14]. Медична реабілітація хворих на ПВ ДПК у поєднанні з ІХС потребує подальшого удосконалення. Як засіб медичної реабілітації був обраний комбінований препарат рослинного походження гастритол, що має низку позитивних впливів на слизову оболонку (СО) шлунка, ДПК та вираженість симптомів коморбідної патології [2, 10, 13].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота виконувалася відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і є фрагментом теми НДР кафедри пропедевтики внутрішньої медицини «Клініко-патогенетичні особливості та оптимізація лікування пептичної виразки дванадцятипалої киш-

ки в сполученні з ішемічною хворобою серця» (номер держреєстрації 0109U000378).

Мета роботи — визначення клініко-патогенетичних особливостей та оптимізація медичної реабілітації хворих із пептичною виразкою дванадцятипалої кишки у поєднанні з ішемічною хворобою серця.

Матеріал та методи дослідження

Було обстежено 120 хворих на ПВ ДПК у поєднанні з ІХС (стабільна стенокардія II функціонального класу (ФК)), у тому числі 87 чоловіків (72,5 %) та 33 жінки (27,5 %) віком від 23 до 63 років, серед яких переважали особи віком 30–44 роки (75,7 %). Контрольну групу становили 30 практично здорових осіб.

ПВ ДПК було діагностовано згідно з критеріями Маастрихтського консенсусу III (2005) та Наказом МОЗ України № 271 (2005) на підставі скарг, даних анамнезу, фізикального, лабораторного та інструментального обстеження. При проведенні фіброезофагогастродуоденоскопії оцінювали ступінь вираженості запальних змін СО, тип морфологічних утворень, їх локалізацію, розміри, кількість. Біопсія здійснювалася з краю і дна виразки, а також з періульцерозної зони і суміжних відділів. Наявність інфікування НР визначалася за допомогою уреазного тесту. Для встановлення діагнозу стабільної стенокардії використовували загальноклінічні, лабораторні, інструментальні методи об-

Адреса для листування з авторами:

Налапко К.К.
E-mail: ksenia-777@ukr.net

© Іванова Л.М., Пілієва О.В., Налапко К.К.,
Сисойкіна Т.В., Височин М.В., Холіна О.А., 2015
© «Актуальна інфектологія», 2015
© Заславський О.Ю., 2015

стеження відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів (2006) та Українського кардіологічного товариства (2008).

Обстежені хворі розподілені на дві групи: основну (69 осіб) та порівняння (51 особа), що були рандомізовані за віком, статтю та клінічним перебігом коморбідної патології. Усім пацієнтам проводилася стандартна терапія ПВ ДПК та ІХС (згідно з наказами МОЗ України № 278, 436 та Маастрихтською угодою III). Хворим основної групи як засіб медичної реабілітації було обрано препарат рослинного походження гастритол, який містить низку активних речовин, що чинять протизапальну дію, стимулюють утворення грануляційної тканини, збільшують васкуляризацію СО шлунка та ДПК, поліпшуючи абдомінальний кровообіг, сприяють прискоренню загоювання ПВ, підвищують моторику шлунка, зменшують вираженість гастрокардіальних симптомів, а також позитивно впливають на стан вегетативної нервової системи. Гастритол призначали по 20 крапель, розчинених невеликою кількістю рідини, 3 рази на добу під час вживання їжі, упродовж 3–4 тижнів. Клінічну ефективність медичної реабілітації оцінювали в балах: 2 бали — висока; 1 бал — помірна; 0 балів — низька. Диспансерне спостереження хворих тривало протягом одного року після завершення основного курсу лікування, при цьому клініко-лабораторний та інструментальний моніторинг проводився до та після лікування, а в подальшому амбулаторно, через 3, 6, 12 місяців після виписки зі стаціонару.

Статистичну обробку результатів здійснювали на базі обчислювального центру Східноукраїнського національного університету ім. В. Даля за допомогою багатofакторного дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 97, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica.

Результати досліджень та їх обговорення

Аналіз анамнезу дозволив у 95 хворих на коморбідну патологію (79,1 %) виявити загальні фактори ризику: стресові або конфліктні ситуації, частіше хронічні, на виробництві або в родині, тривалу напружену працю, порушення режиму праці та відпочинку, паління, зловживання алкоголем. Негативні емоції впливали на формування постійного емоційного збудження, створювали передумови хронізації патологічного процесу та виникнення рецидивів ПВ ДПК.

В обстежених хворих виявлено астеноневротичний синдром, який був представлений слабкістю (107 хворих — 89,2 %), підвищеною втомлюваністю, зниженням толерантності до фізичного навантаження (110 пацієнтів — 91,7 %), порушеннями сну (67 обстежених — 55,8 %), емоційною лабільністю (83 особи — 69,2 %). Загальна слабкість була майже постійною, порушення сну визначалися стереотипними скаргами на важке засинання, тривожні сни, часті просинання. Ці прояви розцінювали як реакцію організму на перевантаження, порушення внутрішньої рівноваги, тобто

ознаки загального неспецифічного синдрому дезадаптації — дистресу.

Крім того, у 100 обстежених (83,7 %) були виявлені фактори ризику ІХС: спадкова схильність (55 осіб — 54,6 %), підвищення маси тіла (58 хворих — 48,1 %), гіподинамія (66 пацієнтів — 42,5 %). Водночас у 77 пацієнтів (64,0 %) було визначено обтяжену спадковість з боку травної системи, у 101 обстеженого (84,3 %) — нерегулярне харчування з порушеннями характеру і режиму харчування та незбалансованість інгредієнтів їжі, що негативно впливало на резистентність організму та призводило до розвитку ПВ ДПК. У клінічній картині у всіх хворих із ПВ ДПК у поєднанні з ІХС (стабільна стенокардія II ФК) відмічались типові ангінозні напади, у 27 хворих (22,5 %) — кардіалгії, частіше короткочасні, з різноманітною іррадіацією болю. У 85 обстежених (70,8 %) біль виникав під час фізичного навантаження, у 15 (12,6 %) — при психоемоційних навантаженнях, а у решти (20 осіб — 16,6 %) відмічались еквіваленти болю (відчуття тяжкості, стиснення за грудиною, нестачі повітря). Як правило, тривалість больового нападу не перевищувала 10 хвилин. Частота епізодів стенокардії становила 2–3 напади, а кількість таблеток нітрогліцерину, що вживали хворі, — 2–4 за добу. При аналізі скарг з боку травної системи у хворих на ПВ ДПК у поєднанні з ІХС встановлено, що у більшості (78 осіб — 64,9 %) переважним у клініці був больовий синдром, як правило, помірний або слабвиражений. У 47 пацієнтів (39,4 %) біль був постійного характеру, у 73 (60,6 %) — виникав періодично і залежав від часу прийому їжі. Найбільш частим клінічним варіантом локалізації болю в пацієнтів була епігастральна ділянка (50 хворих — 41,6 %), тоді як біль у пілородуоденальній зоні реєструвався дещо рідше (44 хворі — 37,0 %), у решти (26 хворих — 21,4 %) біль мав поширений характер. Диспептичний синдром у 61 хворого (51,2 %) проявлявся відчуттям тяжкості в епігастральній ділянці, у 109 пацієнтів (91,2 %) — нудотою, яка була постійною або виникала після вживання їжі, печею (107 осіб — 89,5 %), відрижкою (100 осіб — 83,6 %), неприємним присмаком у роті (88 хворих — 73,7 %), здуттям кишечника і порушеннями випорожнень (37 хворих — 31,2 %). При цьому в пацієнтів з наявністю больового синдрому, як правило, відмічалася схильність до запорів, у хворих із диспептичними проявами, навпаки, спостерігалася тенденція до почастищення випорожнень до 2–3 разів на добу.

В обстежених із ПВ ДПК у поєднанні з ІХС простежувалася значна питома вага симптоматики астеноневротичного регістру у формуванні клінічної картини хвороби. Більшість соматовегетативних проявів, які були чітко пов'язані із психопатологічними змінами (тривога, роздратованість, швидкі зміни настрою), поєднувалася з симптоматикою з боку серцево-судинної системи (больові відчуття в ділянці серця, асиметрія артеріального тиску тощо). Водночас у пацієнтів із типовими ниючими болями в епігастральній ділянці, які виступали моносимптомом, зазначені найменші вегетативні зміни (51 хво-

рий — 42,6 %). Навпаки, у хворих з явищами нудоти і блювання (82 особи — 68,2 %) виявлені дезадаптивні тенденції стосовно хвороби і зниження оцінки якості життя. Для таких хворих були більш характерні порушення нічного сну і суб'єктивні прояви астеничного характеру. Необхідно відмітити, що вирішального значення у формуванні патофизиологічної симптоматики в більшості випадків набували не тяжкі емоційні потрясіння, а постійні дрібні, але численні повсякденні подразники, що в цілому приводили до дистресу. Для таких хворих були більш характерні скарги астеноневротичного характеру, у тому числі порушення нічного сну. Наявність не тільки абдомінального болю, але й диспептичних проявів призводила до появи особливостей поведінки у зв'язку зі зниженням можливостей функціонування. Особливості реагування на абдомінальний біль та диспептичні розлади, з іншого боку, служили чинником їх виникнення і були причиною загострення та хронізації захворювання. У 70 % хворих із поєднаною патологією відмічалася наявність почуття тривоги, яка клінічно проявлялася безпредметним відчуттям внутрішнього напруження, неспокоєм, очікуванням небезпеки, нещастя, відчуттям безпорадності, невпевненості в собі, безсилля перед зовнішніми чинниками, перебільшенням їх загрозового характеру, що супроводжувалися вираженим вегетативним компонентом та залежали від характеру вираженості клінічних проявів поєднаної патології. При цьому майже в половині хворих спостерігалася канцерофобія (59 осіб — 49,1 %). Крім того, хворі відмічали невпевненість у собі, майбутньому, занижену самооцінку, надмірну образливість, значну кількість соматичних скарг, часті коливання настрою, тобто депресивні і іпохондричні особові особливості, нерідко у вигляді соматичної депресивної реакції, що розцінювались нами як певні ланки патогенезу.

При об'єктивному обстеженні хворих із ПВ ДПК у поєднанні з ІХС визначалися приглушеність тонів серця у 78 пацієнтів (65,4 %), дещо рідше акцент II тону над аортою — у 41 (34,3 %), у поодиноких випадках — задишка (7 осіб — 5,6 %) та акроціаноз (3 особи — 2,8 %). При електрокардіографічному дослідженні у 44 обстежених (36,7 %) у спокої виявлені перманентні зміни зубця Т (двофазний, зі зниженою амплітудою), у 10 (8,6 %) — порушення ритму у вигляді окремих передсердних або шлуночкових екстрасистол (18 осіб — 15,2 %) та майже постійно — дифузні зміни міокарда. Функціональні показники ВЕМ в обстежених хворих становили: максимальна потужність — у середньому $89,6 \pm 2,7$ Вт, значення подвійного добутку — $248,2 \pm 3,1$ ум.од., середнє відхилення сегмента ST — $1,54 \pm 0,09$ мм. При поверхневій пальпації живота у 80 хворих (66,7 %) відмічалися болісність в епігастральній та пілородуоденальній ділянках, захисне м'язове напруження черевної стінки. НР був виявлений у 91,3 % випадків, у тому числі обсіменіння I ступеня мало місце у 34,6 %, II — у 36,1 % та III — у 29,3 % обстежених.

Моніторинг клінічних проявів у хворих із коморбідною патологією у вигляді ПВ ДПК, поєднаної з ІХС, показав, що включення до комплексу засобів медичної реабілітації гастритолу сприяло зменшенню тривалості збереження симптоматики астеноневротичного характеру: тривалість загальної слабкості скорочувалась у середньому на $3,30 \pm 0,16$ доби ($p < 0,01$), надмірної дратівливості та немотивованої тривожності — на $3,70 \pm 0,38$ доби ($p < 0,01$), головного болю — на $3,60 \pm 0,38$ доби ($p < 0,05$); відбувалася також нормалізація нічного сну із покращенням засинання на $4,30 \pm 0,19$ ($p < 0,05$) доби раніше, ліквідація підвищеної емоційної лабільності — на $8,2 \pm 0,4$ ($p < 0,05$) доби раніше при зіставленні з хворими групи порівняння. Водночас аналіз скарг у хворих основної групи, які оцінювались за відповідними балами, показав зменшення вираженості кардіалгії (з $1,8 \pm 0,2$ бала до $0,7 \pm 0,2$ бала; $p < 0,01$), головного болю (з $2,0 \pm 0,3$ бала до $1,0 \pm 0,1$ бала; $p < 0,05$), запаморочення (з $2,0 \pm 0,1$ бала до $1,3 \pm 0,1$ бала; $p < 0,05$), підвищеної втомлюваності (з $2,1 \pm 0,2$ бала до $1,1 \pm 0,1$ бала; $p < 0,01$), загальної слабкості (з $1,7 \pm 0,3$ бала до $1,1 \pm 0,2$ бала; $p < 0,05$). У той же час відповідні показники у хворих групи порівняння в цьому плані не мали вірогідних розбіжностей стосовно їх значень до початку проведення медичної реабілітації. Водночас під час реабілітації був досягнутий певний позитивний клінічний ефект: абдомінальний біль після завершення реабілітаційних заходів відмічався тільки у 2,9 % випадків у хворих основної групи та в 7,8 % випадків — групи порівняння; на збереження печії вказували 5,8 % хворих основної групи і 11,7 % осіб групи порівняння; відрижка турбувала відповідно 4,3 та 9,8 % пацієнтів. Диспансерне дослідження впродовж року показало, що в більшості хворих на ПВ ДПК у поєднанні з ІХС, які в комплексі медичної реабілітації додатково отримували гастритол, відмічена стійка клінічна ремісія захворювання. Так, у 9,4 % хворих основної групи протягом диспансерного спостереження загострення ПВ ДПК відмічалася в 1,5 раза рідше, ніж у групі порівняння.

Виходячи з отриманих результатів, включення фітотозасобу гастритол до медичної реабілітації хворих на ПВ ДПК у поєднанні з ІХС можна вважати патогенетично обґрунтованим, клінічно доцільним та перспективним.

Висновки

1. У 79,1 % хворих на ПВ ДПК у поєднанні з ІХС аналіз анамнестичних даних дозволив виявити загальні фактори ризику (хронічні стресові ситуації, напружена праця, порушення режиму праці та відпочинку, інтенсивне паління, зловживання алкоголем), які створювали передумови виникнення рецидивів ПВ ДПК, призводили до хронізації патологічного процесу, обумовлювали модифікацію клінічних проявів та характеризувалися поєднанням астеноневротичного, диспептичного, больового абдомінального, стенокардичного синдромів та кардіалгій.

2. У хворих із ПВ ДПК, коморбідної з ІХС, простежувалося підвищення ступеня вираженості астено-

невротичного синдрому зі збільшенням тяжкості клінічного перебігу загострення ПВ. Соматовегетативні прояви (немотивована тривога, надмірна дратівливість, різні зміни емоційного настрою) супроводжувалися кардіалгіями. При цьому найменш виражені вегетативні зміни були в пацієнтів із наявністю моносимптому (типові болі в епігастральній ділянці), у хворих з явищами нудоти і блювання вже визначалися дезадаптивні тенденції і зниження якості життя (порушення нічного сну, скарги астеничного характеру).

3. Проведення медичної реабілітації з включенням комбінованого фітозасобу гастритол сприяло зменшенню або навіть ліквідації проявів астеноневротичного синдрому, досягненню стійкої тривалої ремісії та поліпшенню якості життя пацієнтів із ПВ ДПК, поєднаною з ІХС.

Список літератури

1. Бабак О.Я. Стандартная антихеликобактерная терапия (Maastricht 2000 Consensus): насколько она актуальна сегодня? / О.Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. — 2005. — № 2 (22). — С. 4-6.
2. Белобородова Э.И. Психофизиологические аспекты язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста / Э.И. Белобородова, Н.А. Корнетов, Л.А. Орлова // Клиническая медицина. — 2002. — № 7. — С. 36-38.
3. Губергриц Н.Б. Клинико-патогенетические особенности и лечение гастродуоденальной патологии, ассоциированной с различными штаммами *Helicobacter pylori* / Н.Б. Губергриц, О.А. Прилуцкая // Сучасна гастроентерологія. — 2005. — № 1. — С. 20-28.
4. Горбась І.М. Популяційні аспекти серцево-судинних захворювань у дорослого населення України / І.М. Горбась, І.П. Смирнова // Український кардіологічний журнал. — Спеціальний випуск. — 2006. — С. 44-48.
5. Звенигородская Л.А. Клинико-диагностические особенности заболеваний органов пищеварения у больных с со-

путствующей патологией сердечно-сосудистой системы / Л.А. Звенигородская, Л.Б. Лазебник, Ю.В. Таранченко // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2003. — № 5. — С. 139-140.

6. Інструкція «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «гастроентерологія». Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.05 р. — С. 45-48.

7. Передерий В.Г. От Маастрихта 1-1996 до Маастрихта 3-2005: десятилетний путь революционных преобразований в лечении желудочно-кишечных заболеваний / В.Г. Передерий, С.М. Ткач, Б.Н. Марусанич // Сучасна гастроентерологія. — 2005. — № 6. — С. 4-8.

8. Фадеенко Г.Д. Современные представления о *Helicobacter pylori*-негативной язвенной болезни / Г.Д. Фадеенко // Сучасна гастроентерол. — 2003. — № 2. — С. 4-6.

9. Філіпов Ю.О. Захворюваність основними хворобами органів травлення в Україні: аналітичний огляд офіційних даних Центру статистики МОЗ України / Ю.О. Філіпов, І.Ю. Скурда, Л.М. Петречук // Гастроентерологія: міжвід. збірник. — Дніпропетровськ, 2007. — Вип. 38. — С. 3-15.

10. Циммерман Я.С. Язвенная болезнь и иммунная система организма / Я.С. Циммерман, Е.Н. Михалева // Клин. мед. — 2000. — № 7. — С. 15-21.

11. Щербинина М.Б. Язвенная болезнь: современный взгляд на вопросы патогенеза / М.Б. Щербинина // Диагностика та лікування. — 2005. — № 2-3. — С. 26-34.

12. Chan F.K.L. Peptic ulcer disease / F.K.L. Chan, W.K. Leung // Lancet. — 2002. — Vol. 360. — P. 933-941.

13. Fox K. Guidelines on the management of stable angina pectoris. The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of European Society of Cardiology / K. Fox // Eur. Heart J. — 2006. — Vol. 27, № 11. — P. 1341-1381.

14. Marshall B. Commentary: *Helicobacter* as the «environmental factor» in Susser and Stein's cohort theory of peptic ulcer disease / B. Marshall // International Journal of Epidemiology. — 2002. — Vol. 31, № 1. — P. 21-22.

Отримано 03.01.15 ■

Иванова Л.Н., Пилиева Е.В., Налапко К.К., Сысойкина Т.В., Высокочин М.В., Холина Е.А.

Кафедра пропедевтики внутренней медицины
ГУ «Луганский государственный медицинский
университет»

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНФИЦИРОВАННОСТИ *HELICOBACTER PYLORI*

Резюме. В работе обобщены результаты комплексного обследования 120 больных с пептической язвой двенадцатиперстной кишки в сочетании с ишемической болезнью сердца. У больных с сочетанной патологией установлены общие патогенетические механизмы, в том числе астеноневротические. Патогенетически обоснована целесообразность использования во время медицинской реабилитации комбинированного фитопрепарата гастритол.

Ключевые слова: пептическая язва двенадцатиперстной кишки, ишемическая болезнь сердца, клиника, патогенез, медицинская реабилитация.

Ivanova L.M., Piliieva O.V., Nalapko K.K., Sysoikina T.V., Vysochin M.V., Kholina O.A.

Department of Propaedeutics of Internal Medicine
of State Institution «Luhansk State Medical University»,
Luhansk, Ukraine

CLINICAL AND PATHOGENETIC FEATURES OF ISCHEMIC HEART DISEASE DEPENDING ON *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION

Summary. The paper summarizes the results of a comprehensive survey of 120 patients with peptic duodenal ulcer combined with ischemic heart disease. In patients with combined pathology we had found common pathogenic mechanisms, including asthenoneurotic ones. Expediency of using combined herbal preparation gastritol in medical rehabilitation was pathogenetically substantiated.

Key words: peptic duodenal ulcer, ischemic heart disease, clinical features, pathogenesis, medical rehabilitation.