

Е.Е. Томина

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОМОРБИДНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ключевые слова: артериальная гипертензия, язвенная болезнь, коморбидность, клиническая характеристика.

В последнее время внимание исследователей все больше привлекает проблема мульти- и коморбидности, особенно актуальная в отношении широко встречающихся и социально-значимых патологий сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта [11,2]. В общей структуре сердечно-сосудистых заболеваний одно из ведущих мест занимает артериальная гипертензия (АГ) (46,2 %) [11]. Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки, со своей стороны, лидирует среди заболеваний органов пищеварения (18,5 %) [2,10]. Стандартизированный по возрасту показатель распространенности АГ в Украине составляет 29,3 % населения [1], ЯБ — около 6 % в популяции и растет с каждым годом (за период с 1997 по 2002 гг. на 12,0 %) [2]. С возрастом происходит существенное увеличение распространенности и АГ, и ЯБ. По разным данным заболеваемость АГ в сочетании с ЯБ в популяции составляет 1,1—15,2 % [4,9].

В механизмах развития как АГ, так и ЯБ задействовано множество факторов, в числе которых исключительно важную роль играет нейрогуморальная регуляция [6,7]. Принято считать, что на развитие АГ большее влияние оказывает симпатическое звено регуляции [7], а на формирование ЯБ — парасимпатическое [6]. Поэтому проследить влияние этих частей регуляторной системы при коморбидных ситуациях представляет научный и клинический интерес.

Работа выполнена в рамках НИР «Разработка и исследование системы автоматического управления вариабельностью сердечного ритма», № государственной регистрации 0109U000622 МОН Украины.

Цель работы — установить клинические особенности коморбидной АГ с ЯБ для разработки и внедрения в практику предложений по повышению качества ее диагностики и лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В проведенное исследование были включены пациенты (n = 141), которые находились на амбулаторном лечении и были разделены на три группы:

Стаття надійшла до редакції 17 лютого 2010 р.

основную (АГ + ЯБ), сравнения 1 (АГ) и сравнения 2 (ЯБ). Основную группу составили пациенты с АГ в сочетании с ЯБ (n = 41), из них женщин — 34, мужчин — 7, средний возраст (63 ± 10) года. Из них 1-я степень АГ была в 37 %, 2-я — в 53 % и 3-я — в 10 % случаев, I стадия АГ — в 10 %, II стадия АГ — в 90 %. Сердечная недостаточность (СН) 0 стадии была у 29 %, 1 — у 39 %, 2а — у 32 % пациентов. I и II функциональные классы (ФК) СН были в 34,1 %, III ФК СН — в 2,4 % случаев. Средняя продолжительность АГ составляла ($11 \pm 7,1$) года, ЯБ — ($10 \pm 6,8$) года, *Helicobacter pylori*-ассоциированная ЯБ — в 62 % случаев. В группу сравнения 1 вошли пациенты с изолированной АГ (n = 58), из них женщин — 36, мужчин — 22, средний возраст — ($56,5 \pm 10,3$) года. Среди них АГ 1-й степени была у 28 % пациентов, 2-й — у 53 %, 3-й — у 19 %, АГ I стадии — у 14 %, II стадии — у 86 %. С 0 стадией СН был 41 %, с 1 — 28 %, с 2а — 31 % пациентов. I ФК СН был в 29,3 %, II — в 27,6 % случаев, пациентов с III ФК СН не было. Средняя продолжительность АГ — ($9,1 \pm 5,9$) года. Группу сравнения 2 составили пациенты с изолированной ЯБ (n = 42), из них женщин — 28, мужчин — 14, средний возраст — ($42,4 \pm 14,1$) года. Средняя продолжительность ЯБ — ($9,5 \pm 6,2$) года, ассоциирована с *Helicobacter pylori* (НР) ЯБ отмечена в 70 % случаев.

В исследование не были включены пациенты, у которых были зафиксированы следующие состояния: АГ III стадии, инфаркт миокарда, инсульт, хроническая сердечная недостаточность IV ФК, хроническая почечная недостаточность, ЯБ, осложненная кровотечением, перфорацией, пенетрацией, малигнизацией.

Клиническое обследование пациентов проводили при первом посещении, в утренние часы. За сутки до визита пациенты не принимали кофе, крепкий чай, спиртные напитки и лекарственные препараты, за 30 мин до проведения обследования ограничивали физическую нагрузку. Определялись следующие клинико-анамнестические данные: возраст, половой состав, давность АГ и ЯБ, степень и стадия АГ, стадия и ФК СН, инфицированность НР. АД из-

меряли по методу Короткова тонометром Microlife BP AG1-20 в положении сидя после 3—5 мин отдыха пациента. Точность изменения АД — 1,0 мм рт. ст. Для оценки степени и стадии АГ использовали рекомендации Комитета экспертов ВОЗ/МОГ, Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов (1999, 2007 гг.) [13]. Стадию и ФК СН устанавливали на основе рекомендаций Украинского научного общества кардиологов (2006) [8]. Для верификации язвенной болезни, согласно «Протоколу надання медичної допомоги хворим на неускладнену виразкову хворобу та інші пептичні виразки шлунка та/або 12-палої кишки» (Приказ МЗ України № 271 от 13.06.2005), проводилась фиброэзофагогастродуоденоскопия (Olympus GIF-E), щипцевая биопсия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с последующим патоморфологическим исследованием [5]. Наличие НР определяли с помощью быстрого уреазного теста (URE — Нр-тест, PLIVA-Lachema, Чехия) и гистологического метода (с окраской по Романовскому — Гимзе) [5, 1, 12].

Выделены три группы пациентов: основная (АГ + ЯБ), группа сравнения 1 (изолированная АГ), группа сравнения 2 (изолированная ЯБ). В основ-

ной группе и группе сравнения 2 были выделены две подгруппы на основании наличия или отсутствия инфицированности НР (НР «+», НР «-»).

Результаты обрабатывали методами вариационной статистики с использованием программы Microsoft Excel-2003 с вычислением среднего значения (M) и ошибки стандартного отклонения (SD). Число пациентов в группах и подгруппах представляли в % с отклонением (d). Достоверности различий между группами определяли с использованием критерия Стьюдента, расчет показателей производился с помощью SPSS 10.0 для Windows.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При коморбидной с ЯБ АГ средний возраст пациентов выше, чем при изолированных АГ и ЯБ, без статистически значимых различий между подгруппами НР+ и НР- ($p > 0,05$) (табл. 1). Женщины преобладали как при коморбидной с ЯБ АГ, так и при изолированных АГ и ЯБ. Различий между группами и подгруппами по давности заболеваний не обнаружено ($p > 0,05$). При коморбидной с ЯБ АГ, как и при изолированной АГ, преобладающей была 2-я степень АГ. Следующей по частоте встречаемости была АГ 1-й степени, более частая

Таблица 1. Клиническая характеристика коморбидной с ЯБ АГ (M ± SD, % ± d)

Клинические признаки	Группы пациентов (n = 141)						
	Основная			Сравнения 1 и 2			
	АГ+ЯБ (n = 41)			АГ (n = 58)	ЯБ (n = 42)		
	Общее	НР+	НР-	—	Общее	НР+	НР-
Возраст, годы	63 ± 10	68 ± 6,7	62 ± 7,5	56,5 ± 10,3	44,8 ± 12,7	39,2 ± 14,1	48,1 ± 12,9
Пол, % пациентов							
муж.	17	1	1	22	14	8	4
жен.	83	12	8	36	28	11	7
Давность заболевания, годы							
АГ	11 ± 7	11 ± 6,4	15 ± 11,5	9,1 ± 8,1	—	—	—
ЯБ	11 ± 10,6	8,2 ± 10	13,6 ± 12,1	—	9,5 ± 9,5	11,2 ± 10,6	6,9 ± 9,1
Степень АГ, %							
1-я	36 ± 7,5	26,6 ± 5	33,3 ± 5,6	28 ± 5,9*	—	—	—
2-я	54 ± 7,8	60 ± 5,8	66,7 ± 7,8	53 ± 6,5	—	—	—
3-я	10 ± 4,7	13,4 ± 2,8	—	19 ± 5,1	—	—	—
Стадия АГ, %							
I	10 ± 4,7	6,7 ± 2,5	22,3 ± 4,7**	14 ± 4,5	—	—	—
II	90 ± 4,7	93,3 ± 9	77,7 ± 8,5**	86 ± 4,5	—	—	—
Стадия СН, %							
0	29 ± 7,1	6,7 ± 2,5	55,6 ± 7,2**	41 ± 6,4*	—	—	—
1	39 ± 7,6	53,3 ± 7	22,3 ± 4,7**	28 ± 5,9*	—	—	—
2а	32 ± 7,2	40 ± 6,1	22,3 ± 4,7**	31 ± 6,0	—	—	—
ФК СН, %							
I	34,1 ± 5,4	40 ± 6,1	22,3 ± 4,7**	29,3 ± 4,9	—	—	—
II	34,1 ± 5,4	53,4 ± 7	22,3 ± 4,7**	27,6 ± 5,8	—	—	—
III	2,4 ± 1,5	—	—	—	—	—	—
Инфицирование НР, %			65 ± 9,9	35 ± 9,9	—	70 ± 8,3	30 ± 8,3

Примечание: — различия достоверны между группами ($p < 0,05$);

** — различия достоверны между подгруппами НР+ и НР- ($p < 0,05$).

при коморбидной с ЯБ АГ, чем при изолированной АГ ($p < 0,05$). Степень 3 АГ более часто встречалась при изолированной АГ ($p < 0,05$). Для подгруппы НР+ характерной была более частая встречаемость 2-й и 3-й степени АГ, чем для подгруппы НР-, где более частыми были 1-я и 2-я степень АГ, а 3-й степени не было. При коморбидной с ЯБ АГ, как и при изолированной АГ преобладала стадия 2 АГ. В подгруппах с НР+ стадия 2 АГ чаще встречалась, чем при НР- ($p < 0,05$). При коморбидной с ЯБ АГ статистически незначимо чаще встречалась стадия 1 СН и реже — стадии 0 и 2а, тогда как при изолированной АГ более частой была стадия 0 СН и реже встречались стадии 1 и 2а. В подгруппе с НР+ более частыми были стадии 1 и 2а СН, тогда как в подгруппе с НР- — более частым была стадия 0 СН ($p < 0,05$). При коморбидной с ЯБ АГ одинаково чаще встречались ФК I и II СН, реже — III. При изолированной АГ более частым был ФК I СН, чем II, а III не было. При коморбидной с ЯБ АГ частота встречаемости НР была меньше, чем при изолированной ЯБ ($p < 0,05$).

С возрастом увеличивается распространенность как АГ [3], так и ЯБ [2, 10] и, соответственно, вероятность коморбидности АГ с ЯБ, что нашло подтверждение в нашем исследовании (возраст пациентов с коморбидной с ЯБ АГ был больше, чем при изолированных АГ и ЯБ). По данным [3, 6] распространенность АГ и ЯБ выше среди мужчин, чем среди женщин, но в возрасте старше 50—65 лет различия нивелируются. По нашим данным, во всех группах преобладали женщины (в меньшей степени — при изолированных АГ и ЯБ, в большей — при коморбидной с ЯБ АГ), что можно объяснить все большим распространением среди них вредных привычек (курение, алкоголь), стрессовыми ситуациями, тяжелыми условиями труда [6]. По нашим данным и в основной группе, и группе сравнения 1 наиболее распространенной была 2-я степень АГ, что несколько отличается от данных [3, 11], в соответствии с которыми наиболее распространенной в популяции является 1-я степень АГ (до 50 %), менее — 2-я степень АГ (30 %), наименее — 3-я степень АГ (17 %).

В нашем исследовании для коморбидной АГ с ЯБ были характерны меньшие степени и стадии АГ (одинаково при НР+ и НР-), чем для изолированной АГ, что можно объяснить усилением парасимпатического влияния при ЯБ [6]. Для пациентов с коморбидной с ЯБ АГ были характерны более тяжелые стадии и ФК СН, чем с изолирован-

ной АГ (в большей степени за счет подгрупп с НР+), что может быть следствием дисбаланса симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы при дальнейшем протекании АГ в сочетании с ЯБ.

Этиологическая роль НР в развитии ЯБ считается в настоящее время доказанной [1, 12]. Частота встречаемости НР у пациентов с ЯБ [12] подтверждена результатами нашего исследования. Данные о распространенности НР у пациентов с коморбидной АГ с ЯБ нами найдено не было, и наши данные являются новыми. Тот факт, что при коморбидной АГ с ЯБ частота встречаемости НР была меньшей, чем при изолированной ЯБ, может свидетельствовать, что в язвообразовании при коморбидной АГ с ЯБ нарушение микроциркуляции играет более значительную роль, чем НР при изолированной ЯБ.

Таким образом коморбидная АГ с ЯБ характеризуется меньшими степенями и стадиями АГ, но большими стадиями и ФК СН, в основном за счет подгруппы с НР+.

ВЫВОДЫ

1. Для коморбидной с язвенной болезнью артериальной гипертензии характерны старший возраст пациентов, большая давность заболеваний и преобладание лиц женского пола, чем для изолированных артериальной гипертензии и язвенной болезни. Частота инфицированности *Helicobacter pylori* при коморбидной с язвенной болезнью артериальной гипертензии ниже, чем при изолированной язвенной болезни.

2. Для коморбидной с язвенной болезнью против изолированной артериальной гипертензии характерны меньшие ее степени и стадии, большие стадии и функциональные классы сердечной недостаточности.

3. Коморбидная с язвенной болезнью артериальная гипертензия с *Helicobacter pylori*+ против *Helicobacter pylori*- отличается более высокими ее степенями и стадиями, а также стадиями и функциональными классами сердечной недостаточности, что необходимо учитывать в ведении пациентов.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Полученные данные свидетельствуют о необходимости детального исследования пациентов с коморбидной с ЯБ АГ с учетом инфицированности НР для повышения качества диагностики и лечения данных пациентов.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аруин Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л.И. Аруин, Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков. — М.: Триада-Х. — 1998. — 483 с.
2. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення / М.В. Голубчиков // Сучасна гастроентерологія і гепатологія. — 2000. — № 1. — С. 17—20.
3. Горбась І.М. Фактори ризику серцево-судинних захворювань: поширеність і контроль // Здоров'я України. — 2007. — № 21. — С. 62—63.
4. Гребенев А.Л. Некоторые клинические аспекты сочетания язвенной и гипертонической болезни / А.Л. Гребенев, Т.Д. Большакова, А.А. Шептулин // Сов. медицина. — 1983. — № 10. — С. 12—16.
5. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на неускладнену виразкову хворобу та інші пептичні виразки шлунка та/або 12-палої кишки. — Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005.
6. Руководство по гастроэнтерологии / [Ф.И. Комаров, А.Л. Гребенев, В.В. Серов и др.] под ред. Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева. — М.: Медицина, 1995. — С. 456—457.
7. Свищенко Е.П. Гипертоническая болезнь, вторичные гипертензии / Е.П. Свищенко, Н.В. Коваленко. — К.: Либідь. — 2002. — С. 12—52.
8. Свищенко Є.П. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії / Є.П. Свищенко, А.Є. Баррій, Л.М. Єна та ін. (Робоча група з артеріальної гіпертензії Української асоціації кардіологів) // Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. — Інститут кардіології АМН України. — К.: — 2004. — 86 с.
9. Смирнов Ю.В. Эпидемиологические аспекты сочетания артериальной гипертензии и язвенной болезни / Ю.В. Смирнов, В.Н. Ослопов, И.Л. Билич, В.Д. Менделевич // Тер. арх. — 1990. — № 2. — С. 48—50.
10. Філіппов Ю.О. Стан показників здоров'я населення адміністративних територій України та діяльності гастроентерологічної служби / Ю.О. Філіппов, З.М. Шмігель // Гастроентерологія. — 2003. — № 34. — С. 3—12.
11. Хвороби системи кровообігу: динаміка і аналіз [Т.С. Манойленко, О.І. Прокопишин, І.Л. Ревенько] під ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. — К.: «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска», 2008. — С. 38—47. — (Аналітично-статистичний посібник).
12. Howden C.W. Guidelines for the Management of Helicobacter pylori / C.W. Howden, R.H. Hunt // Am. J. Gastroenterology. — 1998. — Vol. 93. — 2330 p.
13. Mancia G. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and European Society of Cardiology (ESC) (2007) Guidelines for the management of arterial hypertension / G. Mancia, G. De Backer, A. Dominiczak et al. // Eur. Heart J. — 2007. — Vol. 28. — P. 1462—1536.

О.Є. Томіна

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОМОРБІДНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ

В амбулаторних умовах обстежено пацієнтів ($n = 141$), з них 41 з коморбідною з виразковою хворобою (ВХ) артеріальною гіпертензією (АГ) (основна група), 58 — з ізольованою АГ (група порівняння 1) і 42 — з ізольованою ВХ (група порівняння 2). Визначали вік, співвідношення статей, давність АГ і ВХ, ступінь і стадію АГ, стадію і функціональний клас (ФК) серцевої недостатності (СН), інфікованість *Helicobacter pylori* (НР). Верифікацію ВХ проводили за допомогою фіброзофагогастроудоденоскопії (Olympus GIF-E), наявність НР визначали за допомогою швидкого уреазного тесту (Pliva-Lachema, Чехія) та гістологічного методу. Для коморбідної з ВХ АГ проти ізольованих АГ і ВХ характерними були: більший вік пацієнтів, більша давність захворювань, переважання осіб жіночої статі, менші ступені, стадії АГ і більші стадії і ФК СН. Для коморбідних з ВХ АГ з НР+ проти НР— характерним були вищі ступені та стадії АГ, а також стадії і ФК СН. При коморбідних з ВХ АГ частота виявлення НР була меншою, ніж при ізольованій ВХ.

E.E. Tomina

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ARTERIAL HYPERTENSION COMORBID WITH PEPTIC ULCER DISEASE

The investigation has been carried out on 141 patients in out-patient conditions: 41 from them with arterial hypertension (AH) comorbid with peptic ulcer (PU) disease comprised the main group, 58 subjects with the isolated AH were included in the comparison group 1 and 42 ones with isolated PU in the comparison group 2. The following data were determined: age, sex, AH and PU duration, the AH stage and degree, stage and functional class (FC) of heart failure (HF), infection with *Helicobacter Pylori* (HP). Blood pressure was measured with Korotkov method Korotkov in sitting position after 5 minutes of rest. PU verification was conducted with fibroezophagogastrroduodenoscopy (Olympus GIF-E), presence of HP was determined by quick urease test (Pliva-Lachema, Czech Republic) and histological methods. The cases of comorbid PU and AH in comparison with the isolated AH and PU were characterized by: greater age of patients, the longer disease duration, the predominance of female gender, the lower degree and stage of AH, the higher stage and FC of HF. The occurrence of HP was lower for the comorbid AH and PU than for the isolated PU.