

31%, женщин – 12 (11,7%)); 59 (57,3%) больных – высокую (мужчин – 23 (22,3%), женщин – 36 (35%)). Уровень ситуативной тревожности в общей группе был умеренно повышен у 44 (42,7%) больных (мужчин – 26 (25,2%); женщин – 18 (17,5%)), а высокая тревожность отмечена у 59 (57,3%) больных (мужчин – 23 (22,3%) и женщин – 36 (35%)).

При сравнительном анализе больных с нормальной и сниженной СКФ статистическая значимость различий не была получена, но стремилась к ней ($0,05 < p < 0,1$). Поэтому, группы были выравнены по численности с использованием генератора случайных чисел, после чего были получены результаты по личностной тревожности: у всех (мужчины-женщины) по Манну-Уитни ($Z=2,26$, $p=0,024$); у мужчин ($Z=2,09$, $p=0,036$). По ситуативной тревожности статистической значимости различий не получено. У женщин – ни по ситуативной, ни по личностной тревожности статистически значимых различий не выявлено.

При исследовании депрессии у женщин получены статистически значимые различия в группах: $Z=-2,104$,

$p=0,035$, у мужчин данных различий в группах по депрессии выявлено не было.

При изучении корреляционной связи СКФ (пониженной и нормальной) с ситуативной и личностной тревожностью, а также депрессией, выявлена связь с депрессией у женщин ($\gamma=-1,0$; $p=0,0001$), среди мужчин данной связи нет. Кроме того, у женщин имеется прямая умеренная корреляционная связь с ситуативной тревожностью ($\gamma=0,38$; $p=0,013$), а у мужчин – нет. Корреляционных связей СКФ с личностной тревожностью ни у мужчин, ни у женщин не найдено.

Таким образом, снижение СКФ II-III ст. отмечено у 50,5% больных ХЛЛ; высокий уровень тревожности выявлен у 57,3%, депрессия – у 15,2% больных ХЛЛ; депрессия у больных ХЛЛ имела место чаще у женщин (в 3 раза), а личностная тревожность – у мужчин (в 2,5 раза); у женщин выявлена обратная очень сильная корреляционная связь между СКФ и уровнем депрессии ($\gamma=-1,0$, $p=0,0001$) и прямая умеренная корреляционная связь между СКФ и уровнем ситуативной тревожности ($\gamma=0,38$, $p=0,013$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гриншпун Л.Д., Пивник А.В. Гериатрическая гематология. Заболевания системы крови в старших возрастных группах. – Т. 2. – М.: Медиум, 2012. – 728 с.
2. Волкова М.А. Клиническая онкогематология: Рук-во для врачей. – М.: Медицина, 2007. – 1120 с.
3. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в обще-

медицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. – 2004. – № 1. – С.48-55.

4. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. – Л.: ЛНИИФК, 1976. – 18 с.

5. Spilberger C.D. Trait – state anxiety and motor behavior // Journal of Motor Behavior. – 1971. – Vol. 3. – P.265-279.

Информация об авторах: Щербакова Александра Витальевна – к.м.н., доцент, 664049, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, тел.: (3952) 531692, e-mail: sherbakova2007@mail.ru; Никитина Анна Константиновна – терапевт, e-mail: Mish2007anya@mail.ru.

© ФЕДОРИШИНА О.В., ПРОТАСОВ К.В., КУКЛИН С.Г. – 2013
УДК 616.12-008.331.1:616.89-008.454

ТРЕВОГА, ДЕПРЕССИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Ольга Васильевна Федоришина, Константин Викторович Протасов, Сергей Германович Куклин
(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра терапии и кардиологии, зав. – д.м.н., проф. С.Г. Куклин)

Резюме. Обследовано 79 больных с нелеченной артериальной гипертензией (АГ), которые по степени АГ были распределены на 2 группы. Оценивали и сравнивали показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД), вариабельности ритма сердца (ВРС), данные опросника оценки качества жизни SF-36 и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Выявлена высокая распространенность тревожной и депрессивной симптоматики среди трудоспособных больных АГ (у 45,6% обследованных): субклинически выраженная тревога была диагностирована в 26,6%, клинически выраженная – в 10,1%, субклинически выраженная депрессия – в 22,8% случаев, сочетание тревоги и депрессии – в 13,9% случаев. Установлены отрицательные связи шкал тревоги и депрессии с уровнем систолического артериального давления (САД), а также положительная связь уровня шкалы тревоги с вариабельностью диастолического АД (ДАД). После деления по степени АГ группы не различались по полу, возрасту, показателям ВРС, баллам по шкале тревоги и депрессии и опроснику SF-36. Однако вариабельность АД у больных с АГ 2 степени была значимо выше.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, тревога, депрессия, качество жизни, суточное мониторирование артериального давления.

ANXIETY, DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN HYPERTENSIVE PATIENTS OF WORKING AGE

O.V. Fedorishina, K.V. Protasov, S.G. Kuklin
(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Russia)

Summary. We studied 79 patients with untreated arterial hypertension who were divided into two groups according to the degree of hypertension. The findings of ambulatory blood pressure monitoring, heart rate variability, and the data of the life quality questionnaire SF-36 and the Hospital anxiety and depression scale were estimated and compared. High incidence of symptoms of anxiety and depression among working age patients with arterial hypertension (in 45,6%) was revealed: subclinically expressed anxiety was diagnosed in 26,6%, clinically expressed – in 10,1%, subclinically expressed depression – in 22,8%, combination of anxiety and depression – in 13,9% of the cases. The negative associations between the scales of anxiety and depression and the level of systolic blood pressure and the positive association between the level of the anxiety scale and the variability of diastolic blood pressure were established. Being divided according to the degree of arterial hypertension the groups did not differ by sex, age, data of heart rate variability, anxiety and depression scale, and

questionnaire SF-36. However, the blood pressure variability in patients with arterial hypertension of the second degree was significantly higher.

Key words: arterial hypertension, anxiety, depression, ambulatory blood pressure monitoring, quality of life.

В последнее время активно изучается влияние тревоги и депрессии на развитие и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. Два крупных эпидемиологических исследования КОМПАС и КООРДИНАТА показали, что симптомы депрессии и тревоги присутствуют у примерно половины больных артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН), а выраженная симптоматика имеется у каждого третьего больного: 28% – при АГ, 31% – ИБС, 38% – ХСН [5,6]. Наличие депрессии не только ухудшает клиническое течение заболевания и прогноз, как это показано в группах больных с различными формами ИБС [2,3], но и значительно снижает качество жизни больных с артериальной гипертензией [13]. Неуклонно растет интерес к последнему критерию, поскольку объективное уменьшение патологических изменений не всегда сопровождается улучшением самочувствия больного, от которого зависит приверженность к лечению [1,4].

Цель работы: изучить уровни тревоги, депрессии и показатели КЖ у больных АГ молодого и среднего возраста во взаимосвязи с параметрами суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и вариабельности ритма сердца (ВРС).

Материалы и методы

Обследовано 79 больных в возрасте от 30 до 55 лет. Критерии включения были наличие нелеченной АГ I или 2 степени и I-II стадии (РМОАГ/ВНОК, 2010 [7]). В исследование не включали больных с симптоматической АГ, сахарным диабетом, гемодинамически значимыми пороками сердца, ассоциированными с АГ сердечно-сосудистыми заболеваниями, любыми нарушениями сердечного ритма, требующими медикаментозной терапии, ХСН III-IV функционального класса по NYHA, нарушением функции почек (креатинин сыворотки >133 мкмоль/л для мужчин и >124 мкмоль/л для женщин). Каждый больной перед включением в исследование давал письменное информированное согласие. Исследование было одобрено Этическим комитетом Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования.

Всем больным проводили следующее обследование: сбор антропометрических и физикальных данных, измерение офисного артериального давления (АД), СМАД и холтеровское мониторирование электрокардиограммы (CardioTens-01, «Meditech», Венгрия) с целью оценки ВРС. Обследуемые заполняли опросник оценки КЖ MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) [8], который состоит из трех уровней, восьми пунктов и двух суммарных измерений, объединенных в шкалы – физический компонент здоровья и психологический компонент здоровья. Кроме того, больные заполняли Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety Depression Scale – HADS) [14], интерпретация результатов проводилась в соответствии с оригинальной версией HADS: суммарный показатель в пределах 8-10 баллов указывает на субклиническую тревогу/депрессию, более 10 баллов – на клинически выраженную тревогу/депрессию. В последующем группа была разделена на 2 подгруппы по степени АГ.

Проводили сравнительный межгрупповой анализ. Использовали критерии Манна-Уитни, Спирмена (R), и χ^2 для непараметрических данных. Средние величины отображали в виде медиан (Me) с указанием интерквартильного интервала (ИИ). Применяли пакет приклад-

ных программ «Statistica 7.0» («Statsoft», США) и SPSS Statistics 19.0.

Результаты и обсуждение

На момент обследования 1 степень АГ, по критериям офисного измерения АД, диагностирована у 21 (26,6%) больного, 2 степень – у 58 (73,4%). Все больные были осведомлены о наличии у них заболевания, однако не получали медикаментозной гипотензивной терапии.

Большинство (98,7%) обследованных работали. 44,7% больных имели средний уровень образования, 55,3% – высший. Уровень своего дохода считали очень низким 5,7% больных, низким – 30,2%, средним – 59,1%, высоким – 5,0%.

Клинико-функциональная характеристика больных общей группы представлена в таблице 1.

Таблица 1

Клинико-функциональная характеристика пациентов общей группы

Показатель (Me, ИИ)	Больные АГ (n=79)
Пол (мужчин/женщин)	36/43 (46/54,%)
Возраст, лет	46,0 (39-52)
Индекс массы тела, кг/м ²	31,2 (28-35)
САД офисное, мм рт.ст.	150,0 (142-162)
ДАД офисное, мм рт.ст.	100,0 (92-106)
ЧСС офисное, уд/мин	76,0 (70-84)
САД-24, мм рт.ст.	137,1 (132-146)
ДАД-24, мм рт.ст.	85,8 (82-93)
ЧСС-24, уд/мин.	80,3 (76-86)
SDNN-24, мс	137,0 (120-166)
LF-24, мс ²	598,0 (367-895)
HF-24, мс ²	211,0 (142-404)
LF/HF-24, отн. ед.	2,7 (1,7-4,0)
Шкала тревоги HADS, баллы	7,0 (5-8)
Шкала депрессии HADS, баллы	5,0 (3-7)
Физический компонент здоровья (SF-36), баллы	50,6 (45-55)
Психологический компонент здоровья (SF-36), баллы	47,6 (40-53)

Примечания: Me – медиана, ИИ – интерквартильный интервал; САД-24, ДАД-24 и ЧСС-24 – среднесуточные значения систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС); САД офисное, ДАД офисное, ЧСС офисное – значения САД, ДАД и ЧСС, измеренные на приеме врачом; SDNN-24, LF-24, HF-24, LF/HF-24 – среднесуточные значения ВРС: стандартное отклонение нормальных интервалов R-R (SDNN), мощность низкочастотного компонента спектра (LF), мощность высокочастотного компонента спектра (HF), коэффициент симпатического-вагального баланса (LF/HF).

Средние баллы по шкалам тревоги и депрессии в общей группе больных были в пределах нормальных значений (7,0 (5-8) и 5,0 (3-7) соответственно), однако тревожно-депрессивные расстройства были выявлены у 36 больных (45,6%). Субклинически выраженная тревога была диагностирована в 21 (26,6%) случаях, клинически выраженная – в 8 (10,1%), субклинически выраженная депрессия – в 18 (22,8%), сочетание тревоги и депрессии – в 11 (13,9%) случаях. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности тревожной и депрессивной симптоматики среди трудоспособных больных АГ, однако отличаются от исследования КООРДИНАТА, где доля больных с данной симптоматикой больше, но близки к исследованию КОМПАС. Вероятно, это связано с возрастом больных: средний возраст в нашем исследовании 45,1±7,0, в исследовании КОМПАС – 48,3±15, а в исследовании КООРДИНАТА 63,0±0,2, где и было показано, что вероятность наличия у больных депрессивной симптоматики отчетливо увеличивается с возрастом – на 4% в год.

Мы провели предварительный корреляционный анализ баллов по шкалам тревоги, депрессии и КЖ с показателями СМАД и ВРС. В таблице 2 представлены выявленные значимые корреляционные связи.

Корреляционные связи СМАД, ВРС и баллов тревоги и КЖ в общей группе больных

Показатель	Шкала тревоги HADS, Spearman	Шкала депрессии HADS, Spearman	Психологический компонент здоровья (SF-36), Spearman
САД офисное, мм рт.ст.	-0,31**	-0,16	0,21
САД-24, мм рт.ст.	-0,12	-0,22*	0,18
САД-ночь, мм рт.ст.	-0,24*	-0,23*	0,25*
Вариабельность ДАД-24, %	0,25*	0,14	-0,12
SDANN-24, мс	0,07	0,16	-0,23*

Примечания: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; САД офисное – значение САД, измеренное на приеме врачом; САД-24, вариабельность ДАД-24, SDANN-24 – среднесуточные значения САД, вариабельности ДАД, стандартного отклонения средних значений R-R (SDANN); САД-ночь – средненочное значение САД.

Как видно из таблицы отмечается статистически значимая отрицательная связь САД как с уровнем шкалы тревоги, так и с уровнем шкалы депрессии, а так же положительная связь уровня шкалы тревоги с вариабельностью ДАД. Получена значимая отрицательная корреляция психологического компонента здоровья с SDANN и положительная со средненочной САД.

Не было обнаружено статистически значимых корреляционных связей параметров гемодинамики с физическим компонентом здоровья опросника SF-36.

Мнения исследователей относительно значения тревожно-депрессивных расстройств в формировании и прогрессировании эссенциальной АГ неоднозначны. S. Paterniti и соавт. (1999), изучая взаимосвязь между уровнем тревоги, депрессии и уровнем АД у больных пожилого возраста, установили статистически значимую прямую взаимосвязь симптомов тревоги с уровнем САД и ДАД только у мужчин, а симптомы депрессии с уровнем АД не коррелировали [12]. В исследовании КООРДИНАТА у больных с уровнем АД $> 140/90$ тревога выявлялась в 1,4 раза чаще, депрессия – 1,7 раза [6]. Полученные в нашей работе результаты противоречат вышеприведенным данным, что представляется несколько неожиданным. Следует отметить, что в большинстве опубликованных работ уровни тревоги и депрессии сравнивали у больных АГ со здоровыми пациентами. По-видимому, у больных с уже имеющейся АГ (как в нашем исследовании) взаимосвязи уровня АД и тревоги изменяются. Это явление невозможно объяснить приемом препаратов, так как в наше исследование включены только нелеченные больные, причина такой парадоксальной взаимосвязи требует дальнейшего изучения.

По данным литературы, у больных АГ вариабельность АД статистически значимо выше, чем у лиц с нормальными показателями АД. Считается, что повышенная вариабельность АД ассоциируется с поражением органов-мишеней и рассматривается в качестве фактора риска неблагоприятного прогноза [10,11]. В нашем исследовании повышенная вариабельность АД зарегистрирована у 44% больных. Выявленная положительная связь вариабельности ДАД и тревоги и высокая распространенность тревожно-депрессивной симпто-

таблица 2 тики среди пациентов с АГ еще раз подчеркивает необходимость диагностики и коррекции этих состояний.

На основании степени АГ по критериям офисного измерения АД, все пациенты были распределены на 2 подгруппы: пациенты с 1 степенью АГ ($n=21$) и со 2 степенью –

Сравнительная характеристика пациентов с 1-й и 2-й степенью АГ

Показатель	1 степень АГ ($n=21$)	2 степень АГ ($n=58$)
Пол (мужчин/женщин)**	9/12 (43/57%)	27/31 (47/53)
Возраст, лет	46,0 (43-52)	45,5 (39-51)
Индекс массы тела, кг/м ²	31,9 (28-36)	31,0 (28-34)
Вариабельность САД-24, %	14,5 (13-17)	17,1 (15-19)*
Вариабельность ДАД-24, %	11,3 (10-12)	12,3 (11-14)*
SDNN-24, мс	144,0 (124-166)	135,5 (117-166)
LF-24, мс ²	656,0 (405-817)	585 (364-909)
HF-24, мс ²	210 (165-337)	212,5 (140-405)
LF/HF-24, отн. ед.	2,6 (1,8-3,5)	2,8 (1,6-4,0)
Шкала тревоги HADS, баллы	7 (5-9)	6 (5-8)
Шкала депрессии HADS, баллы	5 (3-6)	4 (2-7)
Физическое функционирование	80 (70-95)	85 (80-95)
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	100 (50-100)	87,5 (50-100)
Боль	74 (41-100)	74 (51-100)
Общее здоровье	62 (45-77)	62 (50-75)
Жизнеспособность	60 (50-75)	60 (50-75)
Социальное функционирование	87,5 (63-100)	87,5 (63-100)
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	66,7 (33-100)	100 (67-100)
Психическое здоровье	68 (60-80)	64 (56-76)
Физический компонент здоровья (SF-36), баллы	51,0 (46-54)	50,5 (45-55)
Психологический компонент здоровья (SF-36), баллы	49,7 (40-53)	46,9 (40-53)

Примечания: * - $p < 0,05$, все остальные $p > 0,05$; ** - p по χ^2 .

($n=58$). Сравнительная характеристика подгрупп представлена в таблице 3.

Подгруппы статистически значимо не различались по полу, возрасту, показателям ВРС, баллам по шкале тревоги и депрессии и опроснику SF-36. Однако вариабельность АД у больных с АГ 2 степени была значимо выше. Это подтверждается и литературными данными [11].

При анализе ВРС у больных АГ большинство исследователей находят снижение как временных, так и спектральных показателей ВРС с относительным преобладанием симпатического компонента над парасимпатическим [9]. В нашем исследовании также отмечено снижение ВРС, больше за счет высокочастотного компонента.

Таким образом, выявлена высокая распространенность тревожной и депрессивной симптоматики среди трудоспособных больных АГ. Обнаружены отрицательные связи шкал тревоги и депрессии с уровнем САД, что требует дальнейшего изучения, а так же положительная связь уровня шкалы тревоги с вариабельностью ДАД. Вариабельность ДАД нарастает при увеличении степени АГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аронов Д.М. Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – интерполяция на Россию // Сердце. – 2002. – №3. – С.109-112.
2. Говорин А.В. Нестабильная стенокардия: вопросы патогенеза и принципы фармакотерапии с учетом психопатологических нарушений: Автореф. дисс. д-ра мед.наук. – М., 1991. – 35 с.
3. Горбунов В.В. Патогенетическое значение изменений

вариабельности ритма сердца у больных нестабильной стенокардией с учетом тревожно-депрессивных расстройств: Автореф. дисс. ... канд. мед.наук. – Чита, 2001. – 22 с.

4. Оганов Р.Г., Андреева Г.Ф. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью // Тер. архив. – 2002. – №1. – С.8-16.

5. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Деев А.Д. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике

по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога // Кардиология. – 2005. – №8. – С.38-44.

6. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования // Кардиология. – 2007. – №3. – С.28-37.

7. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., Небиеридзе Д.В. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр) // Системные гипертензии. – 2010. – №3. – С.5-26.

8. Beusterien K.M., Steinwald B., Ware J.E.Jr. Usefulness of the SF-36 Health Survey in measuring health outcomes in the depressed elderly // J. Geriatr. Psychiatry and Neurol. – 1996. – Vol. 9. Suppl. 1. – P.13-21.

9. Huikuri H.V., Ylitalo A., Pikkujämsä S.M., et al. Heart rate variability in systemic hypertension // Am. J. Cardiol. – 1996. –

№12. – P.1073-1077.

10. Mancia G., Parati G. The role of blood pressure variability in end-organ damage // J. Hypertens. – 2003. – №6. – P.17-23.

11. Parati G., Pompidossi G., Albini F., et al. Relationship of 24-hour blood pressure mean and variability and severity of target-organ damage in hypertension // J. Hypertens. – 1987. – №1 – P.93-98.

12. Paterniti S., Alperovitch A., Ducimetiere P., et al. Anxiety but not depression is associated with elevated blood pressure in a community group of French elderly // Psychosom. Med. – 1999. – №1. – P.77-83.

13. Zellweger M.J., Osterwalder R.H., Langewitz W., Pfisterer M.E. Coronary artery disease and depression // Eur. Heart J. – 2004. – Vol. 1. – P.3-9.

14. Zigmund A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiat. Scand. – 1983. – №6. – P.361-370.

Информация об авторах: Федоришина Ольга Васильевна – ассистент кафедры, к.м.н., 664049, Иркутск, м/р

Юбилейный, 100, e-mail: olff@mail.ru; Протасов Константин Викторович – профессор кафедры, декан терапевтического факультета, д.м.н.; Кузнецов Сергей Германович – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор.

© МУНХЖАРГАЛ Б., ПЕТРУНЬКО И.Л., ЦЭРЭНДАШ Б. – 2013

УДК 616.33/342-002.44: [616.33-02:616.149-008.341.1]: 616.34-004] (517.3)

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИОННОЙ ГАСТРОПАТИЕЙ В МОНГОЛИИ

Баасан Мунхжаргал¹, Ирина Леонидовна Петрунько¹, Бат-Улзий Цэрэндаш²

(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра медицинской экспертизы, зав. – д.м.н., доц. И.Л. Петрунько; ²Монгольский научно-исследовательский институт медицины имени Т. Шагдарсурина, директор – д.м.н., проф. Н. Баасанжав, кафедра внутренних болезней, зав. – д.м.н., проф. Б. Цэрэндаш)

Резюме. При эндоскопическом исследовании слизистой оболочки желудка 933 больных циррозом печени, находившихся на стационарном лечении в гепатологическом отделении 3-ей клинической больницы г. Улан-Батора (Монголия) в 2008-2010 гг., выявлено эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны у 283 (30,3%) больных. Оно чаще отмечалось у больных циррозом печени с портальной гипертензионной гастропатией (ПГТ) (у 75 из 170 (44,1%)), чем в группе сравнения без ПГТ (у 208 из 763 (27,3%) 8,748, p=0,003). При изучении гендерных особенностей в 2-х указанных группах установлено, что у женщин эрозивно-язвенное поражение гастродуоденальной зоны при циррозе печени на фоне ПГТ выявлялось чаще, чем без ПГТ (39,3% и 21,3% соответственно, p=0,01), что не подтвердилось у мужчин. На фоне ПГТ у больных циррозом печени класса В по Child-Pugh чаще наблюдались эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны по сравнению с больными аналогичного класса без ПГТ: у 37 (45,7%) из 81 и у 84 (23,2%) из 362 соответственно (p 0,005). При других классах цирроза печени по Child-Pugh такой зависимости не выявлено. При изучении зависимости частоты эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки от тяжести ПГТ установлено, что они выявлялись чаще при ПГТ тяжелой степени (в 65,7% против 33,3% при легкой). Нами не выявлено значимых различий в размерах и количестве язв у больных циррозом печени с ПГТ и без ПГТ. Язвенное кровотечение на фоне ПГТ было у 20,0%, без ПГТ – у 19,7% больных циррозом печени классов В и С по Child-Pugh с язвами. Различий в частоте язвенных кровотечений между группами больных с ПГТ и без ПГТ и В и С классами по Child-Pugh не обнаружено (p>0,05).

Ключевые слова: цирроз печени, портальная гипертензионная гастропатия, эрозия, язва.

EROSIVE AND ULCERATIVE LESIONS OF GASTRODUODENAL PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS OF PORTAL HYPERTENSIVE GASTROPATHY IN MONGOLIA

B. Munkhjargal¹, I.L. Petrunko¹, B. Serendash²

(¹Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Russia; ²Mongolian Scientific-Research Institute of Medicine named after T. Shagdasuren, Mongolia)

Summary. In endoscopic examination of the gastric mucosa in 933 patients with cirrhosis, who were treated at the Department of Hepatology third hospital in Ulan Bator (Mongolia) in 2008-2010, erosive-ulcerative lesions of the gastroduodenal zone were detected in 283 (30,3%) patients. It was more common in patients with liver cirrhosis with portal hypertensive gastropathy (PHG) (in 75 of 170 (44,1%) than in the comparison group without PHG (in 208 of 763 (27,3%) 8,748, p=0,003). The study of gender features in 2 of these groups found that in women erosive and ulcerative lesions of gastroduodenal cirrhosis of the liver on the background of the PHG were detected more frequently than those without PHG (39,3% and 21,3%, respectively, p=0,01), that was not confirmed in men. On the background of PHG in patients with cirrhosis of the liver Class B Child-Pugh erosive and ulcerative lesions of gastroduodenal were revealed more often as compared with those of similar class without PHG: in 37 (45,7%) of 81 and 84 (23,2%) of 362, respectively (p 0,005). In other classes of liver cirrhosis on Child-Pugh such dependence was not revealed. In the study of the dependence of erosions and ulcers of the stomach and duodenum on the severity of PHG it was found they were detected more frequently in severe PHG (in 65,7% vs. 33,3% for mild.) We have not found significant differences in the size and number of ulcers among patients with cirrhosis with and without PHG. Ulcer bleeding in the PHG was revealed in 20,0%, without PHG – 19,7% of patients with cirrhosis of classes B and C on the Child-Pugh with ulcers. Differences in the incidence of ulcer bleeding between the groups