

Характеристика клінічного перебігу гострого коронарного синдрому без елевації сегмента ST на тлі есенціальної артеріальної гіпертензії в чоловіків та жінок, інфікованих *Helicobacter pylori*

М.І. Швед, Т.М. Ганич

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

КЛЮЧОВІ СЛОВА: гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST, есенціальна артеріальна гіпертензія, клінічний перебіг, чоловіки, жінки, *Helicobacter pylori*

Гострий коронарний синдром (ГКС) – одна з провідних причин смертності в Україні та світі, особливо за наявності коморбідних станів, зокрема фонової есенціальної артеріальної гіпертензії (ЕАГ) [8, 14].

Згідно з даними літератури, ГКС без елевації сегмента ST спостерігається частіше, ніж з елевацією сегмента ST, розвивається у хворих переважно (похилого і старечого) віку за наявності супутніх захворювань, зокрема ЕАГ, цукрового діабету, ниркової недостатності тощо, характеризується торпідним перебігом і високими показниками смертності у віддалений період [8, 14].

Відомо, що перебіг хвороб, зокрема ГКС, відрізняється у чоловіків і жінок. Відзначено, що більшість досліджень на підставі аналізу медичної документації хворих із ГКС, які лягли в основу протоколів діагностики та лікування ГКС, базувалися на характеристиці типового болювого синдрому в чоловіків, у той час як жінки залишалися поза увагою через атиповий характер болю і вищу частоту атипових симптомів, у тому числі диспептичних (нудота, блювання, початок болю поза грудною кліткою тощо). Разом із тим, у низці досліджень не виявлено статистично значущих відмінностей клінічного перебігу ГКС у хворих залежно від статі [6, 7, 13].

Іншим поширеним чинником, що може як сприяти виникненню ГКС, так і обтяжувати перебіг або бути чинником розвитку небезпечних ускладнень, є інфікування *Helicobacter pylori* (HP) з розвитком хронічного локального та системного запалення, яке може призводити до ендотеліальної дисфункції коронарних судин, а також дестабілізації і розриву атеросклеротичної бляшки [7, 12, 14, 15]. Водночас у низці досліджень не підтвердили значного впливу гелікобактерної інфекції на розвиток і перебіг ГКС [10, 13].

Враховуючи суперечливість даних літератури щодо впливу інфікування HP на перебіг ГКС, а також те, що гелікобактер-асоційовані гастрити і пептичні виразки (які виявляються диспептичним синдромом), значно підвищують ризик шлунково-кишкових кровотеч у хворих з ГКС, рання діагностика супутніх захворювань шлунково-кишкового тракту дуже важлива. Оскільки частота атипового перебігу ГКС без елевації сегмента ST із диспептичними скаргами, особливо серед жінок, є відносно високою [12], особливості клінічного перебігу ГКС за наявності фонової ЕАГ, у хворих різної статі за умов гелікобактерної інфекції практично не вивчалися, таке дослідження є актуальним для оптимізації діагностично-лікувального алгоритму.

Мета роботи – дослідити особливості клінічного перебігу гострого коронарного синдрому без елевації сегмента ST із коморбідною есенціальною артеріальною гіпертензією у чоловіків та жінок, інфікованих *Helicobacter pylori*.

Матеріал і методи

Проведене проспективне дослідження на базах Закарпатського обласного клінічного кардіологічного диспансера і кардіореанімаційного відділення Центральної міської клінічної лікарні (м. Ужгород). Обстежено 197 хворих (99 чоловіків, середній вік $(65,8 \pm 4,2)$ року, і 98 жінок, середній вік $(66,5 \pm 5,7)$ року), госпіталізованих у 2016–2017 рр. із діагнозом ГКС без елевації сегмента ST і диспептичними скаргами після усунення найгостріших явищ і безпосередньої загрози для життя хворих.

У дослідження відбирали хворих, первинна медична документація котрих містила інформацію про верифіковану ЕАГ із хронічною серцевою недостатністю (СН) на основі проведеного комплексного обстеження згідно з чинними протоколами [1, 3] і встановленим діагнозом ЕАГ II ступеня, II–III стадії, з помірним або високим ризиком ускладнень, хронічною СН IIA стадії, II функціонального класу зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка. Середня тривалість анамнезу ЕАГ серед обстежених хворих становила $(5,83 \pm 2,36)$ року. До залучення в дослідження хворі приймали таке лікування: раміприл 10 мг/добу, гідрохлоротіазид 12,5 мг/добу («Рамізес ком», 10/12,5 мг («Фармак», Україна), небіволл 5 мг («Небівал», ЗАТ «Київський вітамінний завод», Україна), ацетилсаліцилову кислоту 100 мг/добу.

Пацієнти пройшли обстеження згідно з рекомендованими протоколами ведення ГКС без елевації сегмента ST, ЕАГ та диспепсії [1, 3–5, 8], усім хворим імуноферментним аналізом визначені сумарні антитіла до НР за допомогою набору Vitrotest *Helicobacter screen* («Рамінтек», Україна), позитивними результатами вважали значення понад 1,1. Проведено фіброезофагогастродуоденоскопію з біопсією та URE-HP тест для швидкої ідентифікації НР у біоптаті, консультацію гастроентеролога.

Оскільки при попередньому відборі пацієнтів з ГКС у нашому дослідженні органічну патологію гастродуоденальної зони виявляли рідко, то в подальшому ми таких пацієнтів не залучали в

дослідний контингент, а у всіх інших хворих відсутність органічних змін у шлунку та дванадцятипалій кишці за наявності періодичних місцевих скарг слабкої або помірної інтенсивності трактували як функціональну диспепсію.

Обстежених хворих розділили на групи чоловіків та жінок і підгрупи інфікованих та не інфікованих НР: 67 чоловіків з НР (середній вік $(64,3 \pm 6,8)$ років), 66 жінок з НР (середній вік – $(62,8 \pm 5,3)$ року), 32 чоловіки без НР (середній вік $(68,2 \pm 5,4)$ років) і 32 жінки без НР (середній вік – $(67,6 \pm 6,7)$ року). Клінічні підгрупи значуще не відрізнялися за віком.

Характеристику клінічного перебігу вивчали під час перших днів перебування в стаціонарі за допомогою стандартної методики опитування (скарги хворого, опитування за системами, анамнез хвороби – як ГКС, так і ЕАГ та диспептичного синдрому, анамнез життя).

Основні симптоми ГКС оцінювали за допомогою контрольного списку симптомів ГКС (ACS Symptoms Checklist, Canto JG, Canto EA, Goldberg RJ) [9], згідно з якими за десятибальною шкалою (0 – симптома немає, 10 – найгірший) оцінювали інтенсивність відчуття стискання в грудній клітці, болю в плечі, пітливості, серцебиття, дискомфорту в грудній клітці, болю у верхній частині спини, задишки, болю в руці, незвичної слабкості, нудоти, запаморочення, болю в грудній клітці, шлункового розладу та будь-яких інших симптомів.

Вираженість основних диспептичних скарг (біль у епігастрії, тяжкість у епігастрії, відчуття переповнення після їжі, здуття в надчеревній ділянці, печія) оцінювали за шкалою Likert, за 5-бальною системою: 1 бал – не турбує (симпому немає), 2 бали – спричиняє незначний неспокій (можна не звертати уваги, якщо не думати про це), 3 бали – помірно непокоїть (не вдається не помічати, але не порушує денної активності чи сну), 4 бали – дуже непокоїть (порушує денну активність чи сон), 5 балів – дуже турбує (значно порушує / тимчасово робить неможливою денну активність чи сон, потребує відпочинку) [6].

Статистичну обробку даних проводили за допомогою програм Microsoft Office Excel 2010 та Statistica v 10.0 із визначенням середнього значення (M), його стандартної похибки (m) і оцінюванням статистичної значущості виявлених змін із використанням парного критерію Стьюдента. Різницю вважали статистично значущою в разі $P < 0,05$. Визначали також коефіцієнт кореляції Пірсона.

Таблиця 1

Інтенсивність основних симптомів гострого коронарного синдрому без елевації сегмента ST у хворих різної статі, інфікованих і не інфікованих *Helicobacter pylori* ($M \pm m$)

Симптом	Чоловіки		Жінки	
	З НР	Без НР	З НР	Без НР
Відчуття стискання в грудній клітці	8,15±0,43*°	7,14±0,31°	6,89±0,37*	6,32±0,22
Біль у плечі	3,01±0,43*°	3,92±0,23°	2,12±0,13*	1,48±0,4
Пітливість	3,45±0,27*°	2,79±0,32°	3,96±0,26*	3,54±0,28
Серцебиття	2,57±0,25*°	1,86±0,18°	4,64±0,22*	3,85±0,17
Дискомфорт у грудній клітці	9,43±0,21°	9,32±0,15	8,68±0,19*	8,05±0,13
Біль у верхній частині спини	3,79±0,20*°	3,02±0,22°	1,62±0,24	1,45±0,26
Задишка	8,93±0,3*°	7,97±0,36	9,65±0,37*	8,72±0,48
Біль у руці	2,68±0,12	2,45±0,24	2,11±0,17	2,66±0,25
Незвична слабкість	8,82±0,76	8,14±0,26	8,13±0,64	7,86±0,32
Нудота	2,26±0,34°	2,18±0,24	3,41±0,27*	1,76±0,46
Запаморочення	8,02±0,23*°	7,46±0,22°	7,37±0,31*	6,31±0,38
Біль у грудній клітці	9,04±0,40*°	7,26±0,35°	7,22±0,44*	6,87±0,63
Шлунковий розлад	6,76±0,55*°	7,16±0,45	7,73±0,25*	7,22±0,24

Примітка. * Різниця показників статистично значуща порівняно з такими в осіб, не інфікованих *Helicobacter pylori* ($P < 0,05$). ° Різниця показників статистично значуща порівняно з такими у жінок ($P < 0,05$). Те саме в табл. 2.

Результати та їх обговорення

Аналіз симптомів ГКС у досліджуваних групах наведено в табл. 1.

Серед обстежених чоловічої статі з ГКС без елевації сегмента ST із коморбідною артеріальною гіпертензією з НР порівняно з такими без НР, а також порівняно з жінками, виявлено вищу інтенсивність больового синдрому. Так, у групах осіб з НР показники болю і відчуття стискання в грудній клітці та болю в плечі були вищими як серед чоловіків, так і жінок, порівняно з такими без НР ($P < 0,05$), що узгоджується з даними літератури про можливе обтяження клінічного перебігу серцево-судинних захворювань, у тому числі ГКС, за умов гелікобактерної інфекції [7, 10, 13].

У чоловіків з НР відзначено також статистично значущо вищу інтенсивність болю у верхній частині спини, порівняно з чоловіками без НР, у той час як серед жінок незалежно від фактора інфікування НР ступінь вираження цього симптому був істотно нижчим порівняно з чоловіками і суттєво не відрізнявся у підгрупах з НР і без НР. Разом з тим, інтенсивність відчуття стискання в грудній клітці була статистично значущо вищою в групі жінок з НР порівняно з жінками без НР, а серед чоловіків з НР цей показник істотно не відрізнявся від таких без НР і був статистично значущо вищим порівняно з жінками в обох підгрупах.

Задишка і запаморочення були також статистично значущо більше виражені серед чолові-

ків з НР порівняно з такими без НР, а також порівняно з жінками. Разом з тим, жінки з НР частіше вказували на серцебиття, порівняно з такими без НР, а також порівняно з чоловіками обох підгруп.

Нижча інтенсивність больового синдрому в жінок із ГКС, порівняно з чоловіками, а також вираженіші диспептичні симптоми, узгоджуються з даними літератури про частий торпідний перебіг ГКС без елевації сегмента ST із атиповою симптоматикою серед хворих старшого віку, особливо жінок [7, 10–12]. Разом із тим, статистично значущо вища інтенсивність больового синдрому, задишки і запаморочення в підгрупі чоловіків з НР порівняно з підгрупою без НР, а також із жінками може свідчити про більш виражений зв'язок гелікобактерної інфекції та клінічного перебігу ГКС без елевації сегмента ST і коморбідною ЕАГ у пацієнтів чоловічої статі.

Слід зазначити, що інтенсивність симптомів з боку шлунково-кишкового тракту (як нудоти, так і шлункових розладів загалом) була статистично значущо вищою серед жінок з НР порівняно з чоловіками, різниця в групах з НР і без НР була статистично значущою за вираженістю шлункового розладу серед хворих обох статей і нудоти – серед чоловіків, що узгоджується з даними літератури про перебіг гелікобактерної інфекції, в тому числі за умов функціональних розладів [10, 13]. Оцінку симптомів диспепсії наведено в табл. 2.

Таблиця 2

Інтенсивність диспептичних симптомів у хворих різної статі з гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST, інфікованих і не інфікованих *Helicobacter pylori* ($M \pm m$)

Симптом	Чоловіки		Жінки	
	З НР	Без НР	З НР	Без НР
Біль у епігастрії	4,05±0,11	4,24±0,13	3,89±0,17	4,21±0,12
Важкість у епігастрії	2,01±0,25*°	3,92±0,36°	4,12±0,13*	4,48±0,4
Відчуття переповнення після їжі	3,55±0,27*°	3,79±0,32°	4,16±0,26*	4,54±0,28
Здуття в надчеревній ділянці	2,57±0,25*°	1,86±0,18°	4,64±0,22*	3,85±0,17
Печія	9,43±0,21°	9,32±0,15°	8,68±0,19*	8,05±0,13

Аналіз диспептичних симптомів показав статистично значуще переважання більшості з них серед жінок, причому відчуття важкості в епігастрії, переповнення після їжі, здуття в надчеревній ділянці були статистично значуще вираженішими серед жінок без НР порівняно з жінками з НР, а також порівняно з чоловіками. Разом із тим, печія була більш виражена у чоловіків порівняно з жінками зі статистично значущою різницею в групі з НР жінок порівняно з такими без НР.

Об'єктивне обстеження виявило статистично значуще вищу частоту ознак СН серед чоловіків і жінок, інфікованих НР. Так, пастозність гомілок або периферичні набряки спостерігали у 80 % чоловіків з НР (з них у 30 % – пастозність гомілок, у 50 % – набряки), в той час як серед чоловіків без НР – тільки у 28 % ($P < 0,05$). У 25 % жінок з НР виявлено набряки нижніх кінцівок, в той час як у групі без НР набряки не спостерігалися, тільки у 20 % виявлено пастозність гомілок.

Результати УЗД органів черевної порожнини показали збільшення печінки порівняно з віковою нормою на (1,46±0,28) см у групі чоловіків з НР і на (0,73±0,31) см – у групі чоловіків без НР ($P < 0,001$). Серед жінок істотної різниці цього показника не виявлялося: печінка була збільшена на (0,68±0,23) см у групі з НР і на (0,72±0,28) см у групі без НР ($P > 0,05$).

Виявлено статистично значуще ($P < 0,05$) сильні кореляційні зв'язки титру сумарних антитіл до НР із віком ($r=0,7$), чоловічою статтю ($r=0,89$), частотою інфаркту міокарда в анамнезі ($r=0,86$), наявністю набряків нижніх кінцівок ($r=0,82$) і вираженістю збільшення печінки ($r=0,88$), що може вказувати на зв'язок інфікування НР та поглиблення СН у хворих із ГКС без елевації сегмента ST на тлі ЕАГ, ускладненої хронічної СН, особливо серед чоловіків старшого віку.

Отримані дані вказують на доцільність введення скринінгу гелікобактерної інфекції до комплексу обстеження пацієнтів похилого віку із

ГКС без елевації сегмента ST та коморбідною ЕАГ, особливо чоловіків, із проведенням ерадикаційної терапії і дослідженням особливостей перебігу ГКС із коморбідною ЕАГ за умов ерадикації *Helicobacter pylori*.

Висновки

1. У чоловіків із гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST із коморбідною артеріальною гіпертензією, інфікованих *Helicobacter pylori*, порівняно з неінфікованими, а також порівняно з жінками, виявлено статистично значуще вищу інтенсивність болю в грудній клітці, плечі та верхній частині спини, а також вираженішу задишку.

2. У обстежених жінок із гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST із коморбідною артеріальною гіпертензією, інфікованих *Helicobacter pylori*, порівняно з неінфікованими, статистично значуще переважали відчуття дискомфорту в грудній клітці, пітливість, серцебиття і диспептичні симптоми, зокрема нудота і печія.

3. Встановлено статистично значуще вищу частоту набряків нижніх кінцівок і вираженіше збільшення печінки в обстежених пацієнтів, інфікованих *Helicobacter pylori*, порівняно з неінфікованими, що може свідчити про прогресування серцевої недостатності за умов гелікобактерної інфекції.

4. Виявлені кореляції титру сумарних антитіл до *Helicobacter pylori* із клініко-анамнестичними показниками можуть вказувати на зв'язок гелікобактерної інфекції та обтяження клінічного перебігу гострого коронарного синдрому без елевації сегмента ST з коморбідною артеріальною гіпертензією і прогресування серцевої недостатності в чоловіків старшого віку, обумовлюючи доцільність введення скринінгу гелікобактерної інфекції до комплексу обстеження таких пацієнтів.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція та проект дослідження, редагування тексту – М.Ш., Т.Г.; збір матеріалу, написання тексту, огляд літератури, статистичне опрацювання даних – М.Ш.

Література

1. Артеріальна гіпертензія. Уніфікований клінічний протокол надання первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. – К., 2012. – 72 с.
2. Наказ МОЗ України 13.06.2005 № 271. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія». – К., 2005. – 27 с.
3. Наказ МОЗ України 03.07.2006 № 436. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія». – К., 2012. – 31 с.
4. Наказ МОЗ України 03.09.2014 № 613. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при пептичній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки. – К., 2014. – 26 с.
5. Наказ МОЗ України 06.11.2014 № 826. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічних неінфекційних гепатитах. – К., 2014. – 25 с.
6. Осьодло Г.В., Куц Т.В., Калашніков М.А. Функціональна диспепсія в клінічній практиці: невирішені питання та перспективи // Укр. терапевт. журн. – 2009. – № 1. – С. 25–29.
7. Павлов О.Н. Носительство *Helicobacter pylori* как скрытый системный фактор риска // Медицинский альманах. – 2011. – № 4. – Р. 125–130.
8. Уніфікований клінічний протокол надання первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Гострий коронарний синдром без елевачії сегмента ST. – К., 2016. – 79 с.
9. ACS symptom checklist [електронний ресурс]. URL: <https://thinksymptoms.nursing.uic.edu/study-tools>.
10. Budzyński J., Koziński M., Kłopocka M. et al. Clinical significance of *Helicobacter pylori* infection in patients with acute coronary syndromes: an overview of current evidence // Clin. Res. Cardiol. – 2014. – Vol. 103 (11). – P. 855–886. <https://doi.org/10.1007/s00392-014-0720-4>.
11. Canto J.G., Canto E.A., Goldberg R.J. Time to standardize and broaden the criteria of acute coronary syndrome symptom presentations in women // Can. J. Cardiol. – 2014. – 30. – P. 721–728. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2013.10.015>
12. DeVon H.A., Rosenfeld A., Steffen A.D., Daya M. Sensitivity, specificity, and sex differences in symptoms reported on the 13-item acute coronary syndrome checklist // J. Am. Heart Assoc. – 2014. – Vol. 3 (2). – P. e000586.
13. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A. et al. Management of *Helicobacter pylori* infection-the Maastricht V/ Florence // Consensus Report. Gut. – 2017. – Vol. 66 (1). – P. 6–30. <https://doi.org/10.1136/gut.2006.101634>.
14. Mansour H., Reda A., Mena M. et al. Pattern of risk factors and management strategies in patients with acute coronary syndrome, in different age groups and sex categories // Atherosclerosis Supp. – 2017. – Vol. 25. – P. e1–e11. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2017.03.014>.
15. Libby P., Tabas I., Fredman G., Fisher E. Inflammation and its resolution as determinants of acute coronary syndromes // Circ. Res. – 2014. – Vol. 114 (12). – P. 1867–1879. <https://doi.org/10.1161/circresaha.114.302699>.

Надійшла 27.11.2018 р.

Характеристика клинического течения острого коронарного синдрома без элевации сегмента ST на фоне эссенциальной артериальной гипертензии у мужчин и женщин, инфицированных *Helicobacter pylori*

М.И. Швед, Т.М. Ганич

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»

Цель работы – исследовать клинику острого коронарного синдрома без элевации сегмента ST с коморбидной эссенциальной артериальной гипертензией у мужчин и женщин, инфицированных *Helicobacter pylori*.

Материалы и методы. Обследованы 197 больных в возрасте 45–83 года с острым коронарным синдромом и сопутствующей эссенциальной артериальной гипертензией, предъявлявших также диспептические жалобы, с определением суммарного титра антител к *Helicobacter pylori*. Анализ проводили в подгруппах мужчин и женщин, инфицированных и неинфицированных *Helicobacter pylori*. Симптомы острого коронарного синдрома оценивали с использованием контрольного списка симптомов острого коронарного синдрома из 13 пунктов, диспепсии – при помощи шкалы Likert.

Результаты. У мужчин, инфицированных *Helicobacter pylori*, по сравнению с неинфицированными, обнаружены статистически значимо более интенсивные боли в грудной клетке, плече и верхней части спины, в то время как среди женщин преобладали дискомфорт в грудной клетке, потливость и сердцебиение. Интенсивность диспептических жалоб была статистически значимо выше среди женщин. У пациентов, инфицированных *Helicobacter pylori*, по сравнению с не инфицированными, статистически значимо чаще наблюдали отеки нижних конечностей и более выраженное увеличение печени, что может свидетельствовать о прогрессировании сердечной недостаточности при инфицировании *Helicobacter pylori*. Обнаруженные корреляции титра суммарных антител к *Helicobacter pylori* с клинико-анамнестическими показателями (возраст, мужской пол, частота инфаркта миокарда в анамнезе, отеки нижних конечностей и степень увеличения печени) могут свидетельствовать о более тяжелом течении, а также прогрессировании сердечной недостаточности у мужчин старшего возраста с острым коронарным синдромом без элевации сегмента ST и коморбидной эссенциальной артериальной гипертензией, инфицированных *Helicobacter pylori*.

Выводы. Полученные данные указывают на связь инфицирования *Helicobacter pylori* с тяжестью клинического течения и прогрессированием сердечной недостаточности у больных с острым коронарным синдромом без элевации сегмента ST и коморбидной эссенциальной артериальной гипертензией, особенно среди мужчин старшего возраста.

Ключевые слова: острый коронарный синдром без элевации сегмента ST, эссенциальная артериальная гипертензия, клиническое течение, мужчины, женщины, *Helicobacter pylori*.

The acute coronary syndrome without ST segment elevation and concomitant essential hypertension clinical presentation features in men and women with *Helicobacter pylori* infection

M.I. Shved, T.M. Hanych

Uzhhorod National University, Ukraine

The aim – to investigate the acute coronary syndrome without ST segment elevation and concomitant essential hypertension clinical presentation in men and women with *Helicobacter pylori* infection.

Material and methods. 197 acute coronary syndrome without ST segment elevation patients (age 45–83 years) with essential arterial hypertension and dyspepsia were investigated according to the current clinical protocols with total antibodies to *Helicobacter pylori* rate detection. The patients were divided by the groups of men and women, infected and uninfected with *Helicobacter pylori*. The clinical presentation of acute coronary syndromes was evaluated using the 13-item Acute coronary syndrome symptoms checklist and the dyspepsia symptoms were estimated by the Likert scale.

Results. In case of *Helicobacter pylori* infection compared to uninfected patients a significantly higher severity of chest pain, shoulder pain and upper back pain had been revealed, while among women the chest discomfort, sweating and palpitations significantly prevailed. The intensity of dyspeptic symptoms, especially heartburn and nausea, was significantly higher among women infected with *Helicobacter pylori*. A significant progression of heart failure with higher prevalence of edema and liver enlargement were revealed in men infected with *Helicobacter pylori* versus uninfected and in men versus women regardless of *Helicobacter pylori* infection factor.

Conclusions. The obtained link between the total antibodies to *Helicobacter pylori* titer and the patients' age, male gender, myocardial infarction history, the prevalence of edema and liver enlargement might indicate a significant clinical course deterioration and heart failure progression in elderly male patients with acute coronary syndromes without ST segment elevation and essential hypertension in case of *Helicobacter pylori* infection.

Key words: acute coronary syndrome without ST segment elevation, essential hypertension, clinical presentation, men, women, *Helicobacter pylori*.