

© Український журнал клінічної та лабораторної медицини, 2010  
УДК 616.12 – 005.4 + 616.366 – 002 – 036.12

## Клініко-функціональна характеристика хворих на хронічний некалькульозний холецистит на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ішемічною хворобою серця

К.М.Компанієць

Луганський державний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Луганськ, Україна

Стаття присвячена аналізу клінічних та функціональних проявів у залежності від функціонального класу стенокардії у хворих на хронічний некалькульозний холецистит на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ішемічною хворобою серця.

**Ключові слова:** хронічний некалькульозний холецистит, хелікобактеріоз, ішемічна хвороба серця, клініка, функціональні показники.

### ВСТУП

Упродовж останніх років в Україні склалась негативна ситуація щодо збільшення захворюваності, інвалідності та смертності від хвороб серцево-судинної системи і перш за все ішемічної хвороби серця (ІХС) [2, 6, 10]. Водночас значна частота і тривалість тимчасової втрати працездатності від патології гепатобіліарної системи, у тому числі хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ), роблять важливими питання діагностики та лікування цих захворювань [1, 3, 4, 5]. Патогенез ХНХ на фоні хелікобактеріозу в поєднанні з ІХС в теперішній час вивчено недостатньо [7, 8, 9].

Метою дослідження була оцінка клініко-функціональних показників у хворих на хронічний некалькульозний холецистит на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ішемічною хворобою серця.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під спостереженням знаходилось 120 хворих на ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з

ІХС у віці від 23 до 69 років. Контрольну групу склали 35 донорів. Діагноз ХНХ встановлювали згідно з Наказом МОЗ України №271 (2005), ІХС — з Наказом МОЗ України №436 (2006) і рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (2007). У хворих було діагностовано хелікобактеріоз без наявності ерозивно-виразкових змін слизової оболонки шлунка та ДПК.

При відсутності протипоказань хворим проводилось велоергометричне дослідження (ВЕМ) з дозованим фізичним навантаженням за ступеневою безперервно наростаючою методикою на велоергометрі «Велоерготест — Ритм» у положенні хворого сидячи, з постійною швидкістю педалювання 60 обертів за 1 хвилину, починаючи з потужності 25 Вт. Кожний наступний ступінь перевищував попередній на 25 Вт. З метою уточнення функціонального класу (ФК) стабільної стенокардії при відсутності протипоказань хворим проводився велоергометричний тест під контролем ЕКГ. При визначенні ФК дотримувалися критеріїв Канадської асоціації серця; ЕКГ-дослідження у динаміці проводилося всім хворим.

Функціональний стан міокарда і показники внутрішньосерцевої гемодинаміки вивчали за методом ехокардіоскопії (ЕхоКС) за рекомендаціями Американського ехокардіографічного товариства з використанням сканера «SIM 7000 CFM Challenge» (Італія). На ЕхоКС визначали за загальноприйнятою методикою наступні параметри: кінцевий діастолічний розмір лівого шлуночка (Дд), кінцевий систолічний розмір лівого шлуночка (Дс), кінцевий діастолічний (КДО) і кінцевий систолічний (КСО) об'єми лівого шлуночка, ударний індекс (УІ), серцевий індекс (СІ), фракцію викиду (ФВ), швидкість циркулярного укорочення волокон міокарда (VCF).

ТАБЛИЦЯ 1

Лабораторні показники хворих з ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС ( $M \pm m$ )

Показники	Обстежені хворі (n=120)	Контрольна група (n=35)	P
Загальний білірубін, ммоль/л	24,28±1,12	18,22±0,72	<0,05
Тимолова проба, од.	2,57±0,09	2,58±0,09	>0,50
Трансаміназа, АсАТ, ммоль/л	0,37±0,01	0,36±0,01	>0,50
Трансаміназа, АлАТ, ммоль/л	0,56±0,01	0,55±0,01	>0,50
Холестерин, ммоль/л	8,74±0,51	5,31±0,31	<0,01
Бета-ліпопротеїди, ммоль/л	7,1±0,20	5,15±0,21	<0,01
ЛПДНЩ, ммоль/л	0,85±0,03	1,04±0,30	<0,05

Холтерівське моніторування (ХМ) ЕКГ проводилось впродовж доби. Визначали кількість та тривалість епізодів больової ішемії міокарда (БІМ), безбольової ішемії міокарда (ББІМ), глибину депресії інтервалу ST ( $\downarrow$ ST).

Пацієнтам проводилось визначення загального рівня холестерину (ХС), холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїнів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ), холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ). Ліпіди досліджували на автоаналізаторі «Согопа» (ЛКВ, Швеція) з використанням ферментативних наборів фірми «Boehringer Mannheim» (Німеччина).

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за стандартними методами варіаційної статистики медико-біологічного профілю за допомогою спеціальних ліцензійних програм.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед обстежених хворих стабільна стенокардія напруги I ФК спостерігалася у 49 (41,0%), II ФК — у 71 (59,0%) хворого. У 86 (72,1%) пацієнтів спостерігались типові ангінозні напади з локалізацією болю в ділянці серця (78 чоловіків — 64,8%), епігастрії (41 пацієнт — 34,1%), за грудниною (35 хворих — 29,3%). Особливістю було те, що біль у ділянці серця і за грудниною виникав, як правило, одночасно з болем у правому підребер'ї або через декілька хвилин після його появи. Біль частіше мав іррадіацію в ліву руку та під ліву лопатку (71 хворий — 59,3%), але у частини хворих відмічалось проведення болю в обидві руки та лопатки. Біль виникав після фізичного (76 хворих — 63,4%) або емоційного (30 хворих — 24,8%) навантаження. 66 (54,7%) хворих відмічали біль стискуючого характеру, 36 (30,2%) — ниючого, 18 (15,1%) — пекучого. Тривалість

болю складала до 10 хвилин — 49 пацієнтів (41,1%), від 15 хвилин до 30 хвилин — 71 хворий (58,9%), при цьому біль виникав й в нічний час, що було розцінено як стенокардія Принцметала. Характерною особливістю для хворих була брадикардія.

Диспепсичний синдром спостерігався у 118 (98,1%) хворих, у тому числі відчуття гіркоти у роті — 67 пацієнтів (56,2%), нудота — 28 (23,4%), зміни випорожнення — 27 (22,0%).

Під час фізикального обстеження були виявлені: субіктеричний відтінок шкіри (33 хворих — 27,6%), що пов'язано з порушенням відтоку жовчі та виникненням короточасного холестазу; сухий (36 хворих — 29,7%) або вологий (84 хворих — 70,3%) язик, обкладений брудним нальотом (87 хворих — 72,5%); позитивні симптоми Кера (23 хворих — 19,0%), Мюссі-Георгієвського (21 хворий — 17,1%), Орнера (47 хворих — 39,0%). При перкусії меж відносної серцевої тупості межа зліва у 50 (41,3%) хворих виявилась зміщеною назовні від лівої середньо-ключичної лінії на  $1,2 \pm 0,6$  см; при аускультатії ослаблені тони серця вислуховувались у 93 (77,6%) хворих, акцент II тону над аортою — у 45 (41,3%) пацієнтів; систолічний шум над верхівкою — у 12 (11,0%) хворих.

ТАБЛИЦЯ 2

### Ехокардіографічні показники внутрішньосерцевої гемодинаміки у хворих на ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС у залежності від ФК стенокардії ( $M \pm m$ )

ФК	I ФК	II ФК	P
Дс, мм	3,8±0,2	3,9±0,2	>0,05
Дд, мм	5,3±0,2	5,4±0,2	>0,05
КСО, мл	58,3±5,2	62,4±4,4	>0,05
КДО, мл	130,4±6,8	136,2±5,9	>0,05
УІ, мл/м <sup>2</sup>	41,8±2,5	39,5±2,7	>0,05
СІ, л/хв./м <sup>2</sup>	2,81±0,11	2,86±0,14	>0,05
ФВ, %	55,6±2,4	54,4±2,4	>0,05
VCF, с <sup>-1</sup>	1,18±0,04	1,18±0,02	>0,05

ТАБЛИЦЯ 3

**Результати добового ХМ ЕКГ хворих з ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС в залежності від ФК стенокардії (M±m)**

Тип ішемії міокарда	Кількість епізодів		Загальна тривалість хв.		↓ST, мм	
	П ФК	І ФК	П ФК	І ФК	П ФК	І ФК
ББІМ	3,36±0,1	2,4±0,2	42,6±3,8	30,6±6,4	1,9±0,1	1,4±0,1
P	<0,05		<0,05		<0,01	
БІМ	2,9±0,1	2,3±0,2	30,7±6,4	28,2±3,7	2,0±0,1	1,6±0,1
P	<0,05		<0,05		<0,01	

При лабораторному дослідженні хворих на ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС отримані наступні дані (табл. 1).

Як видно з табл. 1, у хворих з коморбідною патологією спостерігалось достовірне збільшення загального білірубіну ( $p < 0,05$ ), що свідчило про утруднення відтоку жовчі. Характерною особливістю для хворих на ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС було підвищення в крові холестерину, бета-ліпопротеїдів, ЛПДНЩ порівняно з аналогічними показниками в контрольній групі.

Показники центральної гемодинаміки у хворих на ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС з різною толерантністю до фізичного навантаження у стані спокою суттєво не відрізнялись один від одного і від аналогічних показників у хворих з різним ФК стенокардії, але при збільшенні ФК стенокардії збільшувалась ЧСС ( $p < 0,05$ ).

Показники внутрішньосерцевої гемодинаміки у стані спокою у хворих на ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС при різному ФК стенокардії наведені в табл. 2.

Таким чином, у хворих з I та II ФК стенокардії ехокардіографічні показники внутрішньосерцевої гемодинаміки не мали достовірної різниці.

Хворим зі сполученою патологією також проводилось ХМ ЕКГ, яке дозволило виявити епізоди зміщення сегмента ST ішемічного типу (98 хворих — 81,3%). Так, ішемічні зміни при добовому моніторингу ЕКГ були відсутні у 20 (16,4%) пацієнтів, ББІМ спостерігалася у 72 (60,4%) хворих, поєднання БІМ та ББІМ — у 12 (9,9%) хворих. При цьому при зростанні ФК стенокардії, як правило, БІМ, ББІМ, поєднання БІМ та ББІМ частіше реєструвалися у пацієнтів зі стабільною стенокардією II ФК (табл. 3).

Таким чином, кількість епізодів ББІМ на хворих з ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС при II ФК стенокардії впродовж доби становила в середньому  $3,36 \pm 0,1$ , а у хворих з I ФК стенокардії —  $2,4 \pm 0,2$  епізоду ( $p < 0,05$ ). Добова тривалість ББІМ у хворих з II

ФК стенокардії складала  $42,6 \pm 3,8$  хвилини, у хворих з I ФК стенокардії —  $36,4 \pm 6,2$  хвилини ( $p < 0,05$ ). Максимальна глибина депресії сегмента ST при наявності ББІМ у хворих з II ФК стенокардії становила  $1,9 \pm 0,1$  мм, у пацієнтів з I ФК стенокардії —  $1,4 \pm 0,1$  мм ( $p < 0,05$ ).

### ВИСНОВКИ

1. У хворих на хронічний некалькульозний холецистит на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ішемічною хворобою серця в клінічній картині спостерігалися больовий кардіальний синдром, диспепсичний синдром, а також підвищення в крові холестерину, бета-ліпопротеїдів, ліпопротеїнів дуже низької щільності.

2. У хворих з I та II функціональним класом стенокардії ехокардіографічні показники внутрішньосерцевої гемодинаміки не мали достовірної різниці. Водночас при зростанні функціонального класу стенокардії епізоди больової ішемії міокарда, безбольової ішемії міокарда та їх поєднання частіше реєструвалися у пацієнтів зі стабільною стенокардією II функціонального класу.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби печінки та жовчовивідних шляхів / М.В.Голубчиков // Сучасна гастроентерологія і гематологія. — 2000. — №2. — С. 53-55.
2. Горбась І.М. Популяційні аспекти серцево-судинних захворювань у дорослого населення України / І.М.Горбась, І.П.Смирнова // Український кардіологічний журнал. — 2006. — Спец. вип. — С. 44-48.
3. Гриценко І.І. Хронічні хвороби жовчовивідної системи — проблеми діагностики / І.І.Гриценко, С.В.Косинська, В.І.Залевський // Сучасна гастроентерологія. — 2001. — №3 (5). — С. 37-42.
4. Калинин А.В. Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение / А.В.Калинин // Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2002. — №3. — С. 25-34.
5. Філіппов Ю.О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О.Філіппов, І.Ю.Скирда, Л.М.Петречук // Гастроентерологія:

- міжвид. збірник. — Дніпропетровськ, 2006. — Вип. 37. — С. 3-9.
6. Хрынюк О.Б. Заболеваемость органов сердечно-сосудистой системы и органов желудочно-кишечного тракта на терапевтическом участке / О.Б.Хрынюк // Научный вестник Тюменской медицинской академии. — 2000. — №4. — С. 86.
  7. Шептулин А.А. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori*: основные положения согласительного совещания «Маастрихт-3». (По материалам Всемирного конгресса гастроэнтерологов в Монреале и Европейской недели гастроэнтерологов в Копенгагене) / А.А.Шептулин, В.А.Киприанис // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2006. — №2. — С.88-91.
  8. Moseley R.H. Liver and biliary tracts / R.H.Moseley // Curr. Opin. Gastroenterol. — 2003. — Vol. 19. — P. 185-193.
  9. *Helicobacter pylori* and other *Helicobacter* species in gallbladder and liver of patients with chronic cholecystitis detected by immunological and molecular methods / E.Apostolov, W.Abu-Al-Soud, I.Nilsson [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 40. — P. 96-102.
  10. Blake G.J. Novel clinical markers of vascular wall inflammation / G.J.Blake, P.M.Ridker // Circ. Res. — 2001. — Vol. 89. — P. 763-771.

**К.Н. Компаниец. Клинико-функциональная характеристика больных с хроническим некалькулезным холециститом на фоне хеликобактериоза в сочетании с ишемической болезнью сердца. Луганск, Украина.**

**Ключевые слова:** хронический некалькулезный холецистит, хеликобактериоз, ишемическая болезнь сердца, клиника, функциональные показатели.

*Статья посвящена анализу клинических и функциональных проявлений в зависимости от функционального класса стенокардии у больных с хроническим некалькулезным холециститом на фоне хеликобактериоза в сочетании с ишемической болезнью сердца.*

**K.N.Kompaniets. Clinical-functional description of patients with chronic noncalculous cholecystitis with helicobacter pylori infection in combination with ischemic heart diseases Lugansk, Ukraine.**

**Key words:** chronic noncalculous cholecystitis, helicobacter pylori infection, ischemic heart disease, clinic, functional indexes.

*The article is devoted to the analysis of clinical and functional displays depending on the functional class of angina pectorals at patients with chronic noncalculous cholecystitis with helicobacter pylori infection in combination with ischemic heart diseases.*

Надійшла до редакції 29.09.2010 р.