

УДК 616.366-002:[616.12-005.4+616-002.44  
© Компанієць К.М., 2009

## КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У СПОЛУЧЕННІ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНІ ХЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ

Компанієць К.М.

*Луганський державний медичний університет*

**Компанієць К.М.** Клінічні аспекти у хворих на ішемічну хворобу серця у сполученні з хронічним некалькульозним холециститом на фоні хелікобактеріозу // Український морфологічний альманах. - 2009. - Том 7, № 4. - С. 58-60.

В статті приведені дані дослідження 109 хворих з коморбидною патологією, у яких особливостями клінічного течення було збільшення числа ангінозних приступів, дози нітропрепаратів, частіше кардіалгії, а також абдомінальний болювий і диспептичний синдроми, вираженість яких залежала від типу дискінезії жовчного пухвира.

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

**Компанієць К.М.** Клінічні аспекти у хворих з ішемічною хворобою серця в поєднанні з хронічним некалькульозним холециститом на фоні хелікобактеріозу // Український морфологічний альманах. - 2009. - Том 7, № 4. - С. 58-60.

В статті приведені дані дослідження 109 хворих з коморбидною патологією, у яких особливостями клінічного течення було збільшення числа ангінозних приступів, дози нітропрепаратів, частіше кардіалгії, а також абдомінальний болювий і диспептичний синдроми, вираженість яких залежала від типу дискінезії жовчного пухвира.

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

**Компанієць К.М.** Clinical aspects at patients with ischemic heart disease trouble combined with chronic noncalculous cholecystitis and helicobacter pylori infection // Український морфологічний альманах. - 2009. - Том 7, № 4. - С. 58-60.

In the article the data of investigation of 109 patients with combination pathology, which has the next features: increase of number of anginal attacks; increase of doses of nitrodrugs, increase attacks of cardiac pain, and also abdominal and dyspeptic syndromes which depend at types of biliary dyskinesia

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

**Вступ.** Значна розповсюдженість ішемічної хвороби серця (ІХС) та хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ), висока інвалідизація та економічні витрати обумовлюють актуальність проблеми сполученої патології [1, 2, 3, 4, 5]. За даними дослідників, патологія гепатобіліарної системи у хворих на ІХС зустрічається в 7,5 – 14% випадків [6,7, 9].

Водночас *Helicobacter pylori* (НР) відводиться роль чиннику, який не тільки приводить до ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони, але й впливає на розвиток атеросклерозу та ІХС [8, 10].

**Метою** дослідження було вивчення особливостей клінічного перебігу сполученої патології у вигляді ішемічної хвороби серця, хронічного некалькульозного холециститу на фоні хелікобактеріозу.

**Матеріали та методи.** Нами було проведено комплексне обстеження 109 хворих зі сполученим перебігом ХНХ у сполученні з ІХС на фоні хелікобактеріозу. Тривалість ІХС становила  $5,6 \pm 4,3$  років, ХНХ –  $8,9 \pm 4,7$  років.

Верифікацію ІХС здійснювали відповідно з Наказом МОЗ України № 436 (2006)

і рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (2007). Діагноз ХНХ встановлювався згідно з Наказом МОЗ України № 271 (2005). В обстеження включали хворих, у яких було діагностовано інфекцію НР без наявності при фіброезофагогастроуденоскопії ерозивно-виразкових змін слизової оболонки шлунку або дванадцятипалої кишки. Стан вегетативної нервової системи досліджувався за допомогою інтегральних стандартизованих шкал-таблиць (А.М. Вейн, 2000) та індексу Кердо. Хворі на хронічні захворювання печінки, хронічний калькульозний холецистит, пептичну виразку дванадцятипалої кишки або шлунку, гіпертонічну хворобу, з наявністю інфаркту міокарда, перенесеного в останні 6 місяців, а також порушеннями вуглеводного обміну або тяжкою серцевою недостатністю до дослідження не включалися.

**Отримані результати та їх обговорення.** За результатами нашого дослідження, у хворих із поєднаним перебігом ХНХ та ІХС на фоні хелікобактеріозу спостерігався дисбаланс вегетативної нервової системи з переважанням тону парасимпатичного відділу, тобто в патогенезі простежувався

спільний фактор – порушення з боку вегетативної нервової системи. У обстежених хворих був виявлений астеновегетативний синдром з підвищеною втомлюваністю, зниженням толерантності до фізичної напруги (100 хворих – 91,7%), слабкістю (97 осіб – 89,1%), емоційною лабільністю (76 пацієнтів – 69,4%), порушеннями сну (62 хворих – 57,2%), що ускладнювало клінічний перебіг коморбідної патології.

Хворі з ІХС у сполученні з ХНХ на фоні хелікобактеріозу скаржились на біль та перебої в роботі серця, серцебиття, задуху, як еквівалент болю та при значному фізичному навантаженні, пастозність гомілок увечері, відчуття важкості в правому підребер'ї після прийому жирної та жареної їжі, періодичний головний біль, загальну слабкість, диспепсичні прояви (рис.).

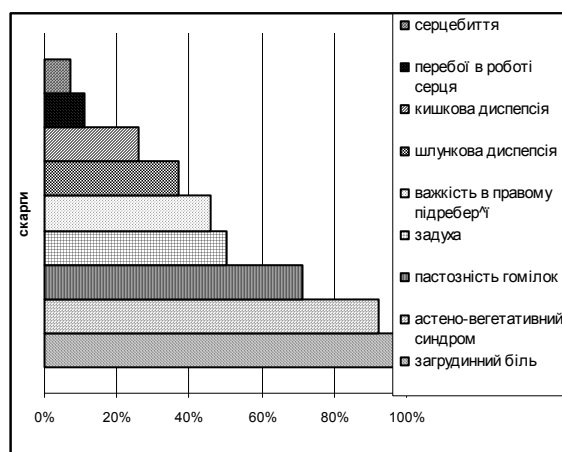


Рис. Скарги у хворих з ІХС у сполученні з ХНХ на фоні хелікобактеріозу

Серцевий больовий синдром був представлений наступним чином: біль здавлюючий (58 хворих – 53,4%), стискаючий – (40 – 37,1%), пекучий (19 – 17,6%), ниючий (16 – 15,2%) та колючий (13 – 12,3%) з іррадіацією у ліву руку (60 – 55,0%), у праву руку (25 – 23,1%), ліве плече (23 – 20,9%), ліву лопатку та спину (23 – 20,1%), шию (6 – 5,9%). При цьому у жінок іррадіація болю частіше була у ліву лопатку та руку, праву половину грудної клітини.

Кількість нападів стенокардії на добу у хворих із сполученою патологією коливалася від 1-2 рази (18 осіб – 17%) до 3-4 разів (53 особи – 49%) та 5-6 разів (37 хворих – 34%). Кількість таблеток нітрогліцерину за добу, яку приймали хворі з ІХС у сполученні з ХНХ на фоні хелікобактеріозу, складала 1-2 таблетки (8 пацієнтів – 7%), 3-4 (30 пацієнтів – 28%), 5-6 (39 пацієнтів – 36%) та більше 6 таблеток (24 пацієнти – 22%).

Таким чином, аналіз клінічних проявів у

хворих з ХНХ у сполученні з ІХС на фоні хелікобактеріозу виявив виражену симптоматику ІХС, що проявлялося у збільшенні кількості ангінозних нападів на добу, частих кардіалгіях, задусі, значній поширеності іррадіації болю, необхідності збільшення дози нітропрепаратів для купування нападу.

Ці особливості клінічної картини у хворих на ІХС у сполученні з ХНХ на фоні хелікобактеріозу можна пояснити виникненням холецисто-коронарного синдрому, тобто рефлекторного впливу блукаючого нерву на просвіт коронарних артерій та швидкість кровотоку в них. Водночас розтягування жовчних протоків зменшувало просвіт коронарних судин. Вплив на міокард ХНХ відбувся як за рахунок гуморально-токсичного (подразнення блукаючого нерва токсичними речовинами при ХНХ), так і механічного (вплив на серце збільшеної печінки та порушеного руху діафрагми) факторів. Обтяження клінічного перебігу ІХС у хворих із ХНХ на фоні хелікобактеріозу можна пояснити спільними факторами ризику розвитку цих захворювань, в тому числі порушенням обміну ліпідів, що сприяє проявам атеросклерозу. Так прогресуванню атеросклерозу сприяли атерогенні зміни в ліпідному обміні: у крові хворих відбувалося зниження ліпопротеїдів високої щільності ( $24,3 \pm 8,0\%$ ) при підвищеному рівні ліпопротеїдів низької щільності ( $7,3 \pm 9,6\%$ ) та загального холестерину ( $6,42 \pm 1,21$  ммоль/л).

Під час детального опитування хворих з коморбідною патологією були виявлені скарги з боку жовчного міхура: колючий біль, який був пов'язаний із прийомом смаженої або гострої їжі (60 хворих – 55%), тупий або ниючий біль у правому підребер'ї постійного характеру (49 хворих – 45%), відрижка, гіркий присмак у роті, нудота (32 хворих – 29,4%), метеоризм, буркотіння у животі (45 хворих – 41,3%), порушення стільця (35 хворих – 32,1%). Майже у половини хворих (51,9%) патологія біліарної системи передувала ІХС. Загострення ХНХ до 4 раз на рік було зареєстровано у 19 хворих (17,6%), більше 4 разів – у 32 хворих (29,2%), сезонність загострень відзначили 8 чоловік (6,9%) та співпадання загострення ХНХ з серцевими нападами у 18 хворих (16,5%), особливо у жінок.

У обстежених хворих, які тривалий час приймали  $\beta$ -адреноблокатори та інгібітори АПФ, порушення скорочення жовчного міхура та жовчовивідних шляхів відбувалися за гіпертонічно-гіперкінетичним типом, що можна пояснити переважанням ваготонії на

ті постійного пригнічення симпатичної іннервації медикаментозними засобами. У хворих, які приймали ліки тільки за потребою, дискінезія була обумовлена дисбалансом парасимпатичної та симпатичної системи з перевагою останньої, що співпадає з тим, що при ІХС також відбувається активація симпатичного відділу нервової системи. Тому, рефлекторний вплив з боку серця на жовчовивідні шляхи проходить за рахунок симпатичної ланки.

При об'єктивному обстеженні спостерігалися пастозність гомілок у 57 хворих (52,1%), набряки гомілок у 2 хворих (1,8%). При перкусії ліва межа відносно серцевої тупості зміщена назовні від лівої середньоключичної лінії на  $1,2 \pm 0,6$  см у 67 (61,6%) хворих. При аускультатії тони серця приглушені у 85 хворих (77,6%), акцент II тону над аортою – у 45 пацієнтів (41,3%); систолічний шум над верхівкою – у 12 хворих (11,0%). При поверхневій пальпації живота у хворих виявили біль у правому підребер'ї і збільшення розмірів печінки за Курловим ( $2,1 \pm 1,0$  см) при серцевій недостатності ІІА стадії. У хворих на ІХС у сполученні з ХНХ на фоні хелікобактеріозу сегментарно-рефлекторні симптоми були представлені болем в точці Маккензі у 5 (4,8%) хворих, Боаса – у 3 (2,8%) хворих; рефлекторно-больові симптоми – симптомами Мюссі у 20 (18,3%) хворих, Харитоновна у 18 (17,5%) хворих, ірритативні симптоми – позитивними симптомами Мерфі у 36 (33%) пацієнтів, Кера – у 42 (38,5%), Лепене-Василенка – у 21 (19,3%) та Ортнера-Грекова – у 34 (31,2%) хворих.

#### **Висновки:**

1. У хворих із поєднаним перебігом ІХС та ХНХ на фоні хелікобактеріозу можна відзначити особливості клінічної картини ІХС: збільшення числа ангінозних нападів на добу, часті кардіалгії, як еквівалент стенокардитичному характеру больового синдрому, значну поширеність іррадіації болю, збільшення дози нітропрепаратів для зняття нападу.

2. Клінічна картина травної патології (ХНХ+ хелікобактеріоз) у хворих з коморбідним захворюванням була представлена больовим та диспепсичними синдромами, вираженість яких, як правило, залежала від типу дискінезії жовчного міхура.

3. Спільним в патогенезі розглянутої спо-

лученої патології була наявність астеновегетативного синдрому.

#### **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. – Спеціальний випуск. – 2006. – С.44-48.
3. Грищенко І.І. Хронічні хвороби жовчовивідної системи – проблеми діагностики / І.І. Грищенко, С.В. Косинська, В.І. Залевський // Сучасна гастроентерологія. – 2001. – № 3 (5). – С. 37-42.
4. Жербиніна М.Б. Взаємозв'язок функціональних біліарних розладів та стану вегетативної нервової системи / М.Б. Жербиніна, Е.І. Литвяк // Гастроентерологія: міжвідомчий збірник. – Дніпропетровськ. – Вип. 35. – 2004. – С.130-135.
5. Калинин А.В. Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение / А.В. Калинин // Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2002. – № 3. – С. 25-34.
6. Філіппов Ю.О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скірда, Л.М. Петручак // Гастроентерологія: Міжвід. збірник. – Дніпропетровськ, 2006. – Вип. 37. – С. 3-9.
7. 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.
8. 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.
9. Moseley R.H. Liver and biliary tracts / R.H. Moseley // Curr. Opin. Gastroenterol. – 2003. – V.19. – P.185-193.
10. Malfetheriner P. Maastricht guidelines an evolving concept / P. Malfetheriner // Maastricht-3 Guidelines for *Helicobacter pylori* infection. – 13 United European Gastroenterology Week. – Copenhagen, 2005.

*Надійшла 01.11.2009 р.*

*Рецензент: проф. С.М.Федченко*