

ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ: КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ

Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці)

Результати досліджень, наведені у статті є фрагментом комплексної НДР кафедри внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб «Механізми формування та особливості поліморбідності: клінічна, функціональна та біохімічна оцінка перебігу поєднаної патології внутрішніх органів, методи диференційованої корекції», № держ. реєстрації 0109U003913.

Вступ. У теперішній час хронічні неінфекційні захворювання домінують у формуванні показників смертності населення України. Якщо ішемічну хворобу серця (ІХС) науковці називають «епідемією ХХ сторіччя» і вона займає одне з провідних місць у інвалідизації та смертності населення, то захворювання жовчного міхура – «тихою епідемією» [5, 6], яка піднялась до рівня соціально-вагомої патології. За даними В. Т. Івашкіна [2] у осіб віком до 20 років показник коморбідності в середньому становить 2,8, від 21 до 40 років – 2,9, старше 40 років – 4,5 захворювань. Частота виникнення хронічного некаменевого холецистити (ХНХ) у хворих із серцево-судинною патологією становить, за даними різних авторів, від 35 до 90% [1, цит. за 4], що додає актуальності обраному напрямку дослідження.

Мета дослідження. Встановити імовірні особливості клінічного перебігу стенокардії у хворих на хронічний некаменеви́й холецистит.

Об'єкт і методи дослідження. У відповідності з метою та завданням роботи за допомогою сучасних інструментальних неінвазивних методів дослідження проведено комплексне обстеження 109 хворих з поєднаним перебігом хронічного некаменевого холецистити та ішемічної хвороби серця та 36 осіб на ішемічну хворобу серця (1-а контрольна група). Вік обстежених хворих від 28 до 74 років (середній вік склав $52,0 \pm 9,8$ років). У групах обстеження кількість чоловік переважала над кількістю жінок, відповідно 97 (67%) та 48 (33%) осіб. Другу контрольну групу для етапних досліджень склали 20 здорових осіб, середній вік яких статистично вірогідно не відрізнявся від середнього віку хворих і відповідав їм у розподілі за статтю. Заключення «здоровий» та «практично здоровий» робилися за критеріями ВООЗ (1978 р.). Контрольні групи для дослідження створювались за рандомізованим методом.

Діагноз ІХС встановлювали згідно критеріїв ВООЗ (1979 р.), рекомендацій міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, відповідно до класифікації,

яка була затверджена на VI Національному Конгресі Кардіологів України (2000 р.) та наказом МОЗ України від 14. 02. 2002 №54 «Про затвердження класифікацій захворювань органів системи кровообігу». ІХС була представлена стабільною стенокардією напруги II та III функціонального класу (за класифікацією Канадської асоціації кардіологів, 1976 р. Серцева недостатність відповідала II А ст. за Стражеско Н. Д. і Василенко В. Х. (1935 р.). Діагноз хронічного некаменевого холецистити виставляли на підставі рекомендацій міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду [3]. ХНХ у більшості хворих був у періоді нестійкої ремісії та помірного загострення. Хворих на цукровий діабет, судинні захворювання головного мозку або стенозуючі ураження периферичних артерій у дослідження не включали.

Формували наступні групи: група А – хворі із поєднаним перебігом ХНХ та ІХС – 109 пацієнтів (75,2% від загальної кількості обстежених хворих), група В – хворі на ІХС без біліарної патології – 36 пацієнтів (24,8%).

Хворим усіх груп спостереження проводилось опитування, фізичне обстеження, загальноприйняті клінічні, лабораторні, біохімічні, інструментальні, дослідження. Всі обстеження проводили натще, зранку, до прийому медикаментів.

Результати досліджень та їх обговорення. При надходженні в стаціонар хворі А групи (дослідна група) 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. 1).

За характером больового синдрому в дослідній групі давлучий біль зустрічався у 62 хворих (56,9%), стискаючий – у 36 хворих (33,0%), пекучий – у 21 хворого (19,3%), ниючий – у 18 хворих (16,5%) та колючий лише у 15 хворих (13,8%). На відміну від чоловіків, де переважав давлучий біль за грудиною (33 чоловіки (41,7%)), у жінок переважав стискаючий біль (13 жінок (43,3%)). Іррадіація болю у чоловіків була наступна: у ліву руку спостерігалась у 42 хворих (53,1%), у праву руку – у 18 хворого (22,7%), ліве плече – у 17 хворих (21,5%), ліву лопатку та спину – у 17 хворих (21,5%), та шию – у 5 хворих (6,3%).

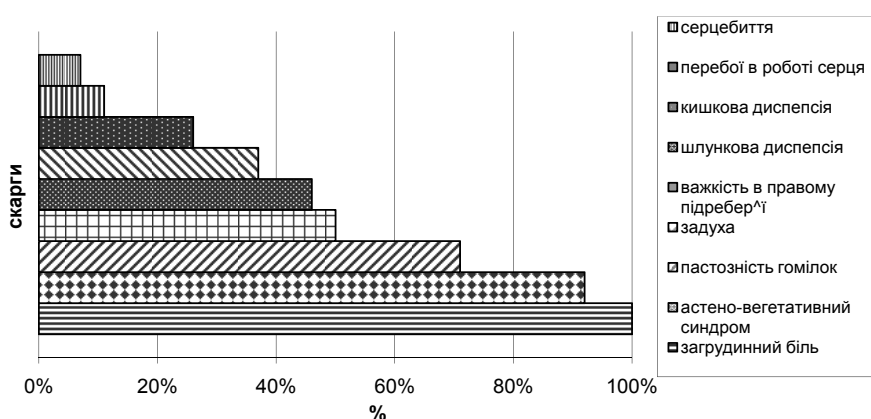


Рис. 1. Основні скарги у хворих із поєднаним перебігом хронічного холециститу та ішемічної хвороби серця.

У жінок іррадіація болю була однаковою, як у ліву лопатку (9 чоловік (30,0%)), у ліву руку (8 хворих (26,7%)) так і праву половину грудної клітини (7 хворих (23,3%)). У контрольній групі (група В) характер болю між чоловіками та жінками майже не відрізнявся: давлючий біль зустрічався у 11 хворих (30,6%), стискаючий – у 16 хворих (44,4%), пекучий – у 7 хворого (19,4%), ниючий – у 1 хворого (2,8%) та колючий лише у 1 хворого (2,8%). Переважала іррадіація болю в ліву руку 20 хворих (55,6%) та ліву лопатку 12 хворих (33,3%).

Частота нападів стенокардії у хворих наведена в таблиці 1.

Таблиця 1

Кількість нападів стенокардії на добу у хворих із поєднаним перебігом хронічного холециститу та ішемічної хвороби серця

Групи обстежених	Кількість нападів стенокардії на добу			
	1-2 рази	3-4 рази	5-6 разів	Більше 6 разів
Хворі на ІХС	5 (5%)	26 (23%)	71 (66%)	6 (6%)
Хворі на ІХС та ХНХ	2 (6%)	18 (50%)	12 (33%)	4 (11%)

У дослідній групі у 24 хворих (22,0%) біль виникав під час ходьби до 100 м, у 63 хворих (57,8%) – від 100 до 500 м, у 5 хворих (4,6%) – від 500 до 1000 м, або при підйомі до 1 поверху – у 3 хворих (3,7%), на 1 поверх – у 65 хворих (59,6%), до 2 поверху – у 19 хворих (17,4%), під час хвилювання – 35 хворих (32,1%), у стані спокою – 26 хворих (23,9%), в нічний час – 16 хворих (14,7%).

Приймали нітрогліцерин 89 хворих (82%) дослідної групи, у яких більшовий напад проходив через 2-3 хвилини, 19 хворих (18%) цієї групи не застосовують нітропрепарати. У контрольній групі 33 хворих (92%) вживають для зняття ангінозних нападів нітрогліцерин та 3 чоловік (8%) не приймають його (табл. 2).

При детальному опитуванні хворих дослідної групи виявлені «холецистичні скарги», які не були провідними у клініці: больовий у 7 хворих (6,4%), шлункової диспепсії («пуста» відрижка, гіркий присмак у ротовій порожнині, періодична нудота) у 32 хворих (29,4%), кишкової диспепсії (метеоризм, відчуття переливання, буркотіння у животі) у 45 хворих (41,3%). При цьому частіше спостерігались здуття живота, метеоризм. Хворі часто відмічали порушення

стільця, з переважанням проносів. Колючий біль, який був пов'язаний із прийомом смаженої та гострої їжі зустрічався в 55%, тупий або ниючий біль у правому підребер'ї, постійного характеру – 45% хворих.

Тривалість ішемічної хвороби серця у хворих групи А становила $5,8 \pm 4,3$ років, хронічного некаменевого холециститу – $8,4 \pm 4,7$ років. Середня тривалість післяінфарктного періоду складала $4,5 \pm 3,2$ роки. У 53,2% хворих патологія біліарної системи передувала ІХС. Загострення холециститу до 4 раз на рік було зареєстровано у 18 хворих (16,5%), більше 4 разів – у 33 хворих (30,3%), сезонність загострень відзначили 8 чоловік (7,3%) та співпадання загострення холециститу з серцевими нападами у 18 хворих (16,5%). Остання особливість частіше спостерігалась у осіб жіночої статі – 10 хворих (34,5%).

У хворих групи А (дослідної групи) були виявлені наступні фактори ризику розвитку ІХС: чоловіча стать, обтяжений сімейний анамнез, паління цигарок, артеріальна гіпертензія, ожиріння (рис. 2).

З боку матері ІХС була виявлена у хворих 23 (21,1%), батька – 34 хворих (31,2%). Жінки дослідної групи в менопаузі склали 69% від загальної кількості, середня тривалість клімактеричного періоду $15,1 \pm 10,3$ року. Вагітні та народжували усі жінки, середня кількість пологів у групі – $2,3 \pm 0,8$ разів.

Таблиця 2

Кількість таблеток нітрогліцерину на добу у хворих із поєднаним перебігом хронічного холециститу та ішемічної хвороби серця

Групи обстежених	Кількість таблеток нітрогліцерину за добу			
	1-2	3-4	5-6	Більше 6
Хворі на ІХС	2 (2%)	12 (10%)	32 (30%)	43 (40%)
Хворі на ІХС та ХНХ	2 (6%)	10 (28%)	13 (36%)	8 (22%)

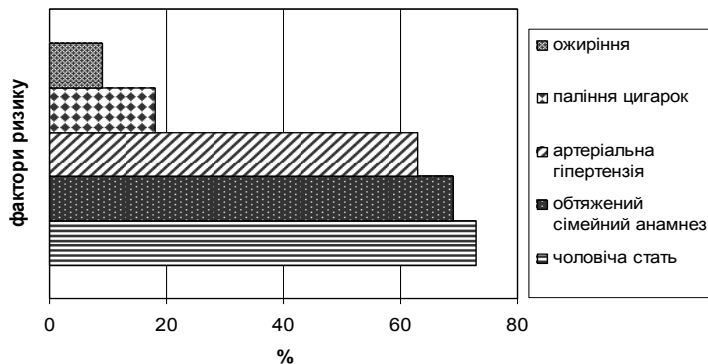


Рис. 2. Фактори ризику розвитку ішемічної хвороби у хворих із поєднаним перебігом хронічного холециститу та ішемічної хвороби серця.

При огляді хворих дослідної групи виявилось: акроціаноз у 67 хворих (61,5%), пастозність гомілок у 57 хворих (52,3%), набряки гомілок у 19 хворих (17,4%). У групі В акроціаноз спостерігався у 14 хворих (38,9%), пастозність гомілок у 21 хворого (58,3%) та набряки гомілок у 2 хворих (5,6%). При перкусії ліва межа відносно серцевої тупості зміщена назовні від лівої середньо-ключичної лінії на $2,2 \pm 1,6$ см у 89 (81,6%) хворих співставлення її у 27 (75,0%) хворих контрольної групи В. При аускультативній тону серця дещо ослаблені у 87 хворих (79,8%) групи співставлення та у 24 хворих (66,7%) контрольної групи; акцент II тону над аортою відповідно 76,1% та 61,1%; систолічний шум над верхівкою – 44,9% та 30,6% по групах. При поверхневій пальпації живота у хворих обох груп виявили біль у правому підребер'ї і збільшення розмірів печінки за Курловим при серцевій недостатності ІІА стадії, при цьому у хворих основної групи це склало $2,1 \pm 1,0$ см, у групі співставлення $1,5 \pm 0,5$ см. Позитивний синдром Кера у 41 хворого (37,6%) дослідної групи.

Прививченні загальноприйнятих клінічних аналізів у дослідній групі хворих загальна кількість лейкоцитів – $5,8 \pm 1,9$ Г/л, еозинофілів – $3,2 \pm 2,7$ %, палочкоядерних – $4,8 \pm 3,5$ %, сегментоядерних – $58,0 \pm 9,6$ %, лімфоцитів – $28,9 \pm 8,3$ %, моноцитів – $6,0 \pm 2,8$ %, кольоровий показник – $0,89 \pm 0,03$, швидкість осідання еритроцитів – $7,3 \pm 5,8$ мм/год., цукор крові – $5,6 \pm 3,2$ ммоль/л, креатинін – $91,8 \pm 10,7$ мкмоль/л, сечовина – $6,0 \pm 1,2$ ммоль/л,

загальний білірубін – $15,1 \pm 3,3$ мкмоль/л, АЛТ – $0,36 \pm 0,19$ ммоль/г. л, АСТ – $0,32 \pm 0,17$ ммоль/г. л, змін в загальному аналізі сечі не виявлено.

При проведенні дуоденального зондування хворим вивчали фізичні властивості жовчі, характер існуючої мікрофлори. У отриманих порціях жовчі вивчали питому вагу слизу, епітелій, лейкоцити, кристали холестерину, білірубінату кальцію, жовчних кислот. У 80 (73,4%) хворих із поєднаним перебігом ХНХ та ІХС було виявлено: підвищення питомої ваги жовчі в порціях В до $1038 \pm 4,2$ і в порції С до $1016 \pm 3,1$, збільшення кількості лейкоцитів в порціях відповідно до 12-18 та 5-9 в полі зору. Збільшення слизу в міхуровій порції спостерігалось у 84,4% хворих, та було виявлено кристали холестерину у 67,0%, білірубінату кальцію – 57,8%, жирних кислот – 51,4% хворих.

Аналіз найбільш характерних ознак запалення жовчного міхура при проведенні УЗД у хворих із поєднаним перебігом ХНХ та ІХС включав форму жовчного міхура, об'єм та однорідність вмісту, товщину передньої стінки. За формою жовчний міхур грушоподібної форми спостерігався у 64,2%, а овальної форми – у 45,8%; деформація його контурів – у 14,7%, потовщення стінки жовчного міхура – у 76,1% пацієнтів. У 7,3% хворих вміст був неоднорідний за рахунок крапкових включень підвищеної щільності, без чітких контурів, які знаходились у зваженому стані або у вигляді осаду, який не дає тіні.

Висновки. Таким чином у хворих із поєднаним перебігом ХНХ та ІХС можна відзначити деякі особливості клінічної картини основного захворювання: збільшення числа ангінозних нападів на добу, часті кардіалгії, як еквівалент стенокардитичного характеру больового синдрому, значну поширеність іррадіації болю, збільшення дози нітропрепаратів для зняття нападу.

Перспективи подальших досліджень. Враховуючи отримані результати досліджень, вважаємо за необхідне подальший пошук можливості медикаментозної корекції виявлених змін з урахуванням супутньої патології.

Література

1. Волошин О. І. Клініко-функціональні аспекти перебігу хронічної серцевої недостатності у хворих із супутнім хронічним холециститом та їх медикаментозна корекція / О. І. Волошин, Н. В. Бачук-Понич // Клінічна та експериментальна патологія. – 2006. – Т. 5, № 2. – С. 14-17.
2. Ивашкин В. Т. Гастроэнтерология XXI века // В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина // Российский медицинский журнал. – 2000. – Т. 8, № 17. – С. 697-701.
3. Каленська О. В. Деякі аспекти патогенезу та нові підходи до класифікації холециститу // Галицький лікарський вісник. – 2001. – Т. 8, № 2. – С. 123-126.
4. Хухліна О. С. Дослідження впливу розувастатину та мосаприду на зміни ліпідного спектру крові, ступінь інсулінорезистентності та літогенності жовчі у хворих із поєднаним перебігом хронічного некаменевого холециститу із ожирінням та ішемічною хворобою серця / О. С. Хухліна, І. Б. Горбатюк // Клінічна та експериментальна патологія. – 2011. – Т. X, № 3 (37). – С. 143-148.
5. Barie P. S. Acute acalculous cholecystitis / P. S. Barie, S. R. Eachempati // Gastroenterology clinics of North America. – 2010. – Vol. 39, № 2. – P. 343-357.
6. Outcomes of patients with histologically proved acute acalculous cholecystitis / M. Nikfarjam, K. Manya, M. A. Fink, A. K. Hadj [et al.] // Royal Australasian College of Surgeons. – 2012. – Vol. 82, № 12. – P. 918-922.

УДК 616. 12 – 005. 4+616. 366 – 002

ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ: КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ

Трефаненко І. В., Павлюкович Н. Д., Павлюкович О. В., Чимпой К. А.

Резюме. Стаття присвячена вивченню особливостей клінічного перебігу стенокардії на тлі супутнього хронічного некаменевого холецистити. Для реалізації поставленої мети авторами було комплексно обстежено 109 хворих на хронічну ішемічну хворобу серця та супутній хронічний холецистит та 36 хворих на ІХС без супутньої патології шлунково-кишкового тракту. При детальному опитуванні хворих дослідної групи виявлені «холецистичні скарги», які не були провідними у клініці: больовий синдром, шлункової та кишкової диспепсії. При цьому частіше спостерігались здуття живота, метеоризм. Хворі часто відмічали порушення стільця, з переважанням проносів. Аналізуючи клінічний перебіг стенокардії у обстежуваних хворих із хронічним некаменевим холециститом, було встановлено збільшення у пацієнтів числа ангінозних нападів на добу, часті кардіалгії як еквівалент стенокардитичному характеру больового синдрому, значну поширеність іррадіації болю та збільшення дози препаратів нітроглицерину для зняття нападу.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, стенокардія, хронічний некаменевий холецистит.

УДК 616. 12 – 005. 4+616. 366 – 002

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ

Трефаненко И. В., Павлюкович Н. Д., Павлюкович О. В., Чимпой К. А.

Резюме. Стаття посвящена изучению особенностей клинического течения стенокардии на фоне сопутствующего хронического некалькулезного холецистита. Для реализации поставленной цели авторами было комплексно обследовано 109 больных хронической ишемической болезнью сердца и сопутствующим хроническим холециститом и 36 больных ИБС без сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта. При тщательном опросе больных основной группы обнаружены «холецистические жалобы», которые не были ведущими в клинике: болевой синдром, желудочной и кишечной диспепсии. При этом чаще наблюдались вздутие живота, метеоризм. Больные часто отмечали нарушения стула с преобладанием поносов. Анализируя клинику стенокардии у обследуемых больных с хроническим некалькулезным холециститом, было установлено увеличение у пациентов числа ангинозных приступов в сутки, частые кардиалгии как эквивалент стенокардитическому характеру болевых синдромов, значительную распространенность иррадиации боли и увеличение дозы препаратов нитроглицерина для снятия приступа.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, хронический некалькулезный холецистит.

UDC 616. 12 – 005. 4+616. 366 – 002

Chronic Acalculous Cholecystitis and Coronary Artery Disease: Clinical Peculiarities of Combined Course

Trefanenko I. V., Pavlyukovich N. D., Pavlyukovich O. V., Chimpoy K. A.

Summary. This article is dedicated to the investigation of the features of angina clinical course complicated by chronic non-calculous cholecystitis (CNC). To achieve this goal the authors comprehensively examined 109 patients with chronic coronary artery disease (CAD) and concomitant chronic cholecystitis and 36 patients with CAD without concomitant pathology of the gastrointestinal tract. CAD was represented by stable angina of II and III functional class (according to CCS, 1976). Heart failure corresponded II A stage by N. D. Strazhesko and V. H. Vasilenko (1935). The diagnosis of CNC was established according to the recommendations of the International Classification of Diseases, 10th revision. CNC in most patients was in remission and unstable period of moderate exacerbations. Patients of all groups were under physical examination, conventional clinical, laboratory, biochemical, instrumental studies. All examinations were carried out on an empty stomach in the morning, before taking medications.

During admission to a hospital patients of the experimental group complained of pain in chest and disruptions of heart rhythm, shortness of breath, as pain equivalent at significant physical exertion, slight edema of legs in the evening, feeling of heaviness in the right upper epigastrium after taking fatty and fried foods, recurring headaches, general weakness, diarrhea.

In the experimental group 24 patients (22.0 %) felt pain during walking up to 100 m, 63 patients (57.8 %) – from 100 to 500 m, 5 patients (4.6 %) – from 500 to 1000 m, or during ascending up to the 1st floor – 3 patients (3.7 %), to the 1st floor – 65 patients (59.6 %), 2nd floor – 19 patients (17.4 %), while excitement – 35 patients (32.1 %), at rest – 26 patients (23.9 %), at night – 16 patients (14.7 %).

89 patients (82 %) of the experimental group took Nitroglycerin regularly and pain attack relieved in 2-3 minutes, 19 patients (18 %) of this group did not apply Nitroglycerin. In the control group 33 patients (92 %) used Nitroglycerin to relieve angina attacks and 3 (8 %) of them did not take it.

During detailed questioning of the patients of the experimental group «cholecystic complaints» were found which had not been leading in the clinical picture: pain in 7 patients (6.4%), gastric dyspepsia (“empty” belching, bitter taste in the mouth, periodic nausea) in 32 patients (29.4%), intestinal dyspepsia in 45 patients (41.3%). Patients often noted predominance of diarrhea. Stabbing pain, which was associated with the intake of fried and spicy foods, was found in 55% of patients, dull or aching pain in the right upper quadrant of permanent character – 45% of them.

Duration of CAD in patients of group A was $5,8 \pm 4,3$ years, of CNC – $8,4 \pm 4,7$ years. The average duration of postinfarction period was $4,5 \pm 3,2$ years. In 53.2% of patients the pathology of the biliary system was preceded by CAD. Aggravation of cholecystitis up to 4 times per year was reported in 18 patients (16.5%), over 4 times – in 33 patients (30.3%), seasonality of exacerbations noted 8 people (7.3%) and acute cholecystitis coincidence with heart attacks aggravation was found in 18 patients (16.5%). The latter feature was observed more frequently in females – 10 patients (34.5%).

In patients of group A (experimental group) the following risk factors of coronary artery disease were revealed: male sex, family history, cigarette smoking, hypertension, obesity.

Thus, in patients with combined course of coronary artery disease and chronic non-calculous cholecystitis the main clinical features of the disease should be noted: increased number of angina attacks per day, frequent cardialgia as the equivalent of angina pain, high prevalence of pain irradiation, increased dose of Nitroglycerine to relieve angina attack.

Key words: coronary artery disease, angina pectoris, chronic non-calculous cholecystitis.

Рецензент – проф. Катеренчук І. П.

Стаття надійшла 14.08.2013 р.