

© Коваленко Л.І.

УДК 616.12-005.4:616.366 – 002] – 092 – 085

Коваленко Л.І.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ З СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Харківський національний університет імені В.М. Каразіна (м. Харків)

aroge@bk.ru

Дана робота є фрагментом НДР «Вивчення клініко-патогенетичних механізмів розвитку недиференційованої дисплазії сполучної тканини у ремодельованні еластично-тканинних структур організму людини», № держ. реєстрації 0112U001027.

Вступ. Справжньою рисою сучасного хворого є поліморбідність. Супутня патологія впливає на перебіг, клінічну картину та на наслідки захворювання у цілому. Зараз, незважаючи на інтенсивні дослідження в галузі кардіології, спрямовані на розробку і впровадження нових традиційних методів діагностики, лікування та профілактики, серцево-судинні захворювання, насамперед ішемічна хвороба серця (ІХС), за даними ВООЗ залишається дуже поширеною патологією та основною причиною смерті в усьому світі (12 мільйонів щороку, 50% усіх смертей) [1,2,7,8]. Прискоренню атеросклеротичного процесу сприяють атерогенні зсуви в ліпідному обміні [3,4] а також погіршення в'яз кісних характеристик крові корелює з тяжкістю клінічного перебігу ІХС. Відомо що при ХНХ встановлено рефлекторне порушення коронарного кровообігу, метаболічне і аутоімунне дистрофічне ураження міокарда і його провідної системи, що може впливати на скорочувальну функцію і ритм серця [5,6].

Мета роботи – визначення особливостей перебігу ІХС із супутнім ХНХ з урахуванням функціонального стану серцево-судинної системи.

Об'єкт і методи дослідження. Було обстежено 46 хворих, що знаходяться на «Д» обліку у лікарів кардіологів Харківської міської лікарні № 26, що є базою кафедри загальної практики-сімейної медицини медичного факультету. до контрольної групи увійшли 20 здорових осіб. Вік обстежених від 36 до 60 років (середній вік складав 47,0±2,6 років). Співвідношення в групах чоловіків і жінок складало 3:1. За результатами комплексного клініко-лабораторного, біохімічного та інструментального обстеження усі хворі були розподілені на дві групи: I група – хворі на ІХС із супутнім ХНХ – 26 пацієнтів, II група – 20 хворих на ІХС (стенокардія напруги I та II функціональних класів) без ХНХ.

Для верифікації діагнозів ІХС та ХНХ застосовувалася комплекс клініко-лабораторних, біохімічних, та інструментальних методів дослідження. Для характеристики тяжкості стану хворих стенокардією використовували функціональну класифікацію Канадської асоціації кардіологів, в основі якої лежить толерантність хворого до фізичних навантажень. ХНХ був класифікований у відповідності з МКХ-10 (2010) (К.81.1).

Оцінку ліпідного спектру досліджували за вмістом у крові загального холестерину (ЗХС), холестерину

ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ) у сироватці крові.

Тест з фізичним навантаженням проводився методом парних велоергометричних проб. В день дослідження першу ВЕМ пробу виконували не раніше, ніж через 2 години після легкого сніданку і не раніше, ніж через 1-1,5 години після останнього прийому нітрогліцерину. Велоергометричні тести проводилися поза межами поліклінічних умов, оцінювалися за даними консультативних висновків.

Результати досліджень та їх обговорення. У хворих I групи був характерний пекучий – у 14 (53,8%), стискаючий – у 11 (42,3%) та ниючий – у 12 (46,1%) біль, який виникав в ділянці серця. Через 20-30 хвилин виникав біль у правому підребер'ї після появи болю в серці. Задишка реєструвалась у 7 (26,9%) хворих. Диспепсичний синдром виявлено у 19 (73,07%) хворих. Характерною особливістю для хворих I групи був достовірно підвищений вміст у крові ЗХС, ЛПНЩ, ТГ порівняно з хворими II групи (8,1±0,3 ммоль/л і 5,8±0,5 ммоль/л, p<0,05); (3,11±0,14 ммоль/л і 2,34±0,06 ммоль/л, p<0,05); (3,3±0,13 ммоль/л і 2,54±0,08 ммоль/л, p<0,05). Різниця в підвищенні рівня цих показників у хворих з ІХС, у яких був виявлений ХНХ і хворих з ІХС без захворювань біліарної системи, свідчить про більш ранній розвиток атеросклерозу, швидко прогресуючий і важкий його перебіг у хворих I клінічної групи порівняно з хворими II клінічної групи. Показники ЛПВЩ у хворих II групи не відрізнялися від контролю, а у хворих I групи були декілька зниженими та складали (1,18±0,06 і 1,06±0,02 ммоль/л) відповідно.

У хворих II групи спостерігалися типові напади стенокардії – стискаючий біль за грудниною, або в ділянці серця з ірадіацією в ліву руку, плече, тривалістю від 1-3 до 10 хвилин. Біль знімався прийомом нітрогліцерину. Серед обстежених хворих стенокардія напруги I ФК виставлена у 14 (70%) хворих, а стенокардія напруги II ФК – у 6 (30%) хворих. Аналізуючи клінічні дані хворих на ІХС слід відмітити, що у 3 хворих (15%) біль виникав у ділянці серця, у 13 (65%) – за грудниною і у 4 (20%) – в епігастрії. Для 12 хворих (60%) ІХС був характерний стискаючий біль, для 5 (25%) – пекучий і для 3 (13%) – давлячий. У хворих на ІХС фізичне навантаження викликало біль у 11 хворих (55%), а емоційна напруга – у 9 (45%). Задишка відзначалась у 10 хворих на ІХС (50%). Проведений аналіз показників центральної гемодинаміки обстежених на стандартному навантаженні – 50Вт. У всіх обстежених хворих

збільшувалась ЧСС. Але, якщо у здорових вона виросла тільки на 20% і склала $(80,8 \pm 1,5)$ скорочень за 1 хвилину, то у хворих на ІХС і ФК ЧСС збільшилась на $(21,7\%)$ і склала $(87,6 \pm 0,54)$ скорочень за 1хв, а у хворих II ФК ЧСС збільшилась на $(24,1\%)$ і становила $(97,3 \pm 1,2)$ скорочень за 1хв ($p < 0,05$). Показники внутрішньосерцевої гемодинаміки у стані спокою у здорових осіб і хворих і та II ФК стенокардії напружи були в межах загальноприйнятних вікових норм і суттєво між собою не відрізнялись.

Висновки. На основі спостереження, клініко-лабораторних показників, даних навантажувальних тес-

тів, добової динамічної ехохолецистографії виявлені деякі особливості перебігу ІХС з супутнім ХНХ, а саме:

- ІХС без ХНХ протікає як самостійне захворювання та не супроводжується змінами зі сторони біліарної системи.
- ХНХ суттєво ускладнює перебіг ІХС зі стабільною стенокардією I-II функціональних класів.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним є знаходження оптимальних схем лікування поліморбідних захворювань для попередження розвитку тяжкості станів та заходів для поліпшення загального стану пацієнтів.

Література

1. Братусь В.В. Атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром: патогенез, диагностика, клиника, лечение / В.В. Братусь, В.А. Шумаков, Т.В. Талаева. – К. : Четверта хвиля, 2004. – 576 с.
2. Діагностика, профілактика та лікування дисліпідемій : Методичні рекомендації робочої групи Українського наукового товариства кардіологів з проблем атеросклерозу та хронічних форм ІХС // [За ред. М.І. Лутая, О.І. Мітченко, О.І. Волкова та ін.]. – К., 2004. – 34 с.
3. Лизогуб В.Г. Вплив дискінезій жовчовивідних шляхів на перебіг ішемічної хвороби серця / В.Г. Лизогуб, Т.В. Завальська, Л.С. Ніколюк [та ін.] // Лікарська справа. – 2004. – № 4. – С.56-58.
4. Ташук В.К. Особливості показників стрес-тестів у хворих на ішемічну хворобу серця у поєднанні з хронічним холециститом / В.К. Ташук, І.В. Трефаненко, О.Ю. Поліщук // Лікарська справа. – 2001. – № 3. – С.27-29.
5. Ballantyne C.M. Raising high-density lipoprotein cholesterol: where are we now? / C.M. Ballantyne // Eur. Heart J. – 2009. – Vol. 5, № 1. – P. 15-25.
6. Euroaspire II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries // Eur. Heart J. – 2004. – Vol. 22. – P. 554-572.
7. Schwartz G.G. Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes / G.G. Schwartz, A.G. Olsson, M.D. Ezekowitz // JAMA. – 2011. – P. 1711-1718.
8. Woolf N. Pathology and atherosclerosis. Lipoproteins in health and disease / N. Woolf. – London, 2003. – 265 с.

УДК 616.12-005.4:616.366 – 002] – 092 – 085

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ З СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Коваленко Л.І.

Резюме. Стаття присвячена вивченню особливостей перебігу ішемічної хвороби серця з супутнім хронічним некалькульозним холециститом. Хронічний безкам'яний холецистит ускладнює течію ІХС зі стабільною стенокардією I-II функціональних класів. Найбільш позначені зміни в ліпідному спектрі сироватки крові, що свідчать про прискорений розвиток атеросклерозу, порушення гомеостазу та пригніченні скорочувальної здатності міокарду.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, хронічний холецистит.

УДК 616.12-005.4:616.366 – 002] – 092 – 085

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С СОПУТСТВУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Коваленко Л.И.

Резюме. Статья посвящена изучению особенностей течения ишемической болезни сердца с сопутствующим хроническим некалькулезным холециститом. Хронический бескаменный холецистит осложняет течение ИБС со стабильной стенокардией I-II функциональных классов. Наиболее выраженные изменения в липидном спектре сыворотки крови, что свидетельствует о более быстром развитии атеросклероза, нарушении гемостаза и угнетении сократительной способности миокарда.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, хронический холецистит.

UDC 616.12-005.4:616.366 – 002] – 092 – 085

The Features of Ischemic Heart Disease (IHD) Course in Patients with Chronic Noncalculous Cholecystitis

Kovalenko L.I.

Abstract. The real feature of modern patient is polymorbing. Comorbidity influences the course, the clinical picture and the consequences of the disease in general. Now, despite intensive research in cardiology, aimed at the development and introduction of traditional methods of diagnosis, treatment and prevention, cardiovascular disease, especially ischemic heart disease (IHD), according to the WHO is a very common disease and cause of death throughout the world (12 million annually, 50% of all deaths). Contribute to accelerate atherosclerotic process atherogenic shifts in lipid metabolism and the deterioration of blood viscosity characteristics correlate with the severity of clinical course of IHD.

We know that the CNC established reflex violation of the coronary circulation, metabolic and autoimmune dystrophic myocardial injury and its conduction system, which can affect the contractile function and heart rate.

It examined 46 patients who are at "D" accounting doctors cardiologists Kharkiv city hospital № 26, which is the base of the department of general practice and family medicine medical faculty. The control group consisted of 20 healthy individuals. Age surveyed from 36 to 60 years (mean age made 47.0 ± 2.6 years). Value in groups of men and women was 3: 1. According to the results of complex clinical laboratory, biochemical and instrumental examination all patients were divided into two groups: I group – patients IHD with concomitant CNC – 26 patients, II group 20 patients with IHD (angina I and II functional classes) without CNC.

To verify the diagnosis of IHD and CNC used a complex clinical laboratory, biochemical, and instrumental methods. To characterize the severity of angina patients using functional classification of the Canadian Heart Association, this is based on patient tolerance to physical exercise.

Exercise test was conducted by paired veloergometrychnyh samples. In the first study day veloergometry test performed no earlier than 2 hours after a light breakfast and not earlier than 1-1,5 hours after the last nitroglycerin. Veloergometrychni tests carried out outpatient conditions were evaluated according to advisory opinions.

The article is dedicated to the features of ischemic heart disease course's studying in patients with CNC. The CNC complicates the course of IHD with stable angina pectoralis I-II functional class. Maximal disorders in lipid states on the blood were investigated and witness about prompt development of atherosclerosis, disturbances of haemostasis and depressors of myocardial contractions.

The perspective is to find the optimal treatment regimens for diseases polymorbidnyh warning of the severity of conditions and measures to improve the general condition of patients.

Keywords: ischemic heart disease, chronic noncalculosis cholecystitis.

Рецензент – проф. Катеренчук І.П.

Стаття надійшла 05.05.2015 р.