

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ  
ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ  
НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ  
НА ФОНЕ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА В СОЧЕТАНИИ  
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

К.Н. Компаниец, Л.Н. Иванова

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет»*

### Введение

Данные эпидемиологических исследований указывают на стойкую тенденцию роста заболеваний билиарной системы, которые поражают преимущественно лиц трудоспособного возраста [1, 4, 11]. В связи с высокой распространенностью данной патологии увеличивается обращаемость населения за медицинской помощью и экономические затраты на ее оказание [2, 10]. Пациенты с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) составляют более 15% населения [6, 9]. В последние десятилетия патология желчного пузыря выросла в 2,8-5,6 раза, в том числе в Украине распространенность выросла на 39,6%, заболеваемость – на 32,7% [1, 11]. В то же время сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти во всех странах [5, 7]. Так, по данным ВОЗ, в 2008 году умерло 17,3 миллиона человек, что составило 30% в структуре общей смертности. Из этого числа 7,3 миллиона человек умерло от ишемической болезни сердца (ИБС) [8, 9]. В Украине коморбидная патология в виде ХНХ и ИБС встречается в 10% случаев [3]. В то же время *Helicobacter pylori* (НР) признается как фактор, не только способствующий язвенному поражению гастродуоденальной зоны, но и способствующий развитию атеросклероза [6].

**Связь работы с научными программами, планами, темами:** работа выполнена в соответствии с основным планом научно-исследовательских работ (НИР) ГУ «Луганский государственный медицинский университет» и является фрагментом темы НИР кафедры пропедевтики внутренней медицины: «Реабилитация больных с сочетанной терапевтической патологией» (№ госрегистрации 0106U0010837).

**Целью** настоящего исследования было изучение клинических и инструментальных проявлений у больных с хроническим

некалькулезным холециститом на фоне хеликобактериоза в сочетании с ишемической болезнью сердца.

### Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 155 больных, в возрасте от 23 до 69 лет (мужчин - 69,1%, женщин - 30,9%), из числа которых в зависимости от локализации и сочетания болевых синдромов были сформированы две группы. Первая анализируемая группа включала 59 пациентов, предъявлявших жалобы на боль в области сердца и за грудиной и не имевших симптомов заболеваний органов пищеварения (группа сравнения). Вторую группу составили 96 больных с болью в области сердца и за грудиной в сочетании с жалобами со стороны желудочно-кишечного тракта (основная группа), которая была разделена на две подгруппы. Первую подгруппу составили 80 больных, которые не отмечали клинической связи между ХНХ и ИБС, вторую подгруппу составили 16 пациентов, которые отмечали, что боль из органов пищеварения иррадирует в область сердца и за грудину (16,7%), боль из органов пищеварения провоцирует кардиальную боль и нарушения сердечной деятельности (66,6%) и сочетанный вариант (16,7%). Диагноз ХНХ устанавливали в соответствии с Приказом МЗ Украины № 271 (2005); наличие НР - при помощи уреазного Де-нол теста. Верификацию ИБС осуществляли соответственно с Приказом МЗ Украины № 436 (2006) и рекомендациями Европейского общества кардиологов (2007). Больным проводилось холтеровское мониторирование электрокардиограмм (ЭКГ) по общепринятой методике. О наличии аритмий, встречающихся у обследованного контингента, судили по зарегистрированным в процессе исследования фрагментам ЭКГ.

### Полученные результаты и их обсуждение

В клинической картине обследованных больных кардиальная боль имела различные характеристики. Так, у больных с ИБС (группа сравнения) загрудинная локализация боли отмечалась в 21,4% случаев; в основной группе кардиальная боль в 76,1% случаев локализовалась в области сердца ( $p < 0,05$ ), сочетанная локализация боли наблюдалась с практически одинаковой частотой (18,9% и 16,3% случаев) в обеих группах. У больных группы сравнения чаще наблюдался давящий, сжимающий и жгучий характер сердечной боли – соответственно в 67,0%, 43,6% и 13,9% случаях, в основной группе - соответственно в 43,2% ( $p < 0,05$ ), 17,9% ( $p < 0,05$ ) и 5,2% ( $p = 0,07$ ) случаях. В то же время в этой группе чаще встречались давящие (44,3%), колющие боли (23,8%) и чувство дискомфорта в области сердца (15,7%), что в 4,5 раза больше, чем в группе сравнения (3,5%;  $p < 0,05$ ). В группе сравнения 11,4% больных ощуща-

ли приступы сердечной боли редко (1 раз в неделю), 59,6% пациентов – ежедневно, 29,0% – несколько приступов в день. В основной группе еженедельная частота болей была характерна у 48,7%, ежедневные приступы кардиальной боли и приступы несколько раз в день больные ощущали реже ( $p < 0,01$ ). В основной группе наблюдалась иррадиация боли из пораженных пищеварительных органов: 24,8% – в правое плечо, 18,2% – в спину, 21,0% – в область сердца и за грудину. У больных группы сравнения доминирующим фактором в возникновении кардиальной боли являлась физическая нагрузка (89,5% случаев); в основной группе этот фактор прослеживался в 48,3%, т.е. в 2 раза реже ( $p < 0,01$ ). В то же время у больных основной группы боль в области сердца чаще возникала в результате стрессовых ситуаций (11,2%;  $p < 0,05$ ) или без видимых причин (44,9%;  $p < 0,01$ ). Кроме того, боли в правом подреберье и эпигастральной области провоцировали кардиальную боль в сердце в 12,4% случаях, чувство перебоев в работе сердца – в 2,3% случаях.

У больных пациентов группы сравнения самым эффективным для купирования сердечных болевых приступов являлся нитроглицерин (87,2%), валидолом пользовались только 4,9% больных; у пациентов основной группы на первом месте находился валидол – (38,4%), нитроглицерин – на втором (27,6%), применение спазмолитических препаратов наблюдалось у 2,3% больных. Таким образом, в группе с ишемической болезнью сердца диагностированы типичные приступы стенокардии, проявляющиеся давящими, сжимающими, жгучими болями, с ежедневными приступами, которые возникали после физической нагрузкой и купировались нитроглицерином. У больных основной группы наблюдались признаки кардиалгии, которая возникала внезапно или после умеренной физической нагрузки, давящего, колющего характера, с чувством дискомфорта, с редкими приступами, купировавшимися валидолом.

При проведении холтеровского мониторирования были выявлены изменения ЭКГ (66%). Так, у больных группы сравнения наиболее часто наблюдались синусовая тахикардия, одиночные наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы и депрессия сегмента ST, что говорило о преобладании симпатического тонуса вегетативной нервной системы. Вместе с тем у ряда пациентов (5,3%) имелись нарушения сердечной деятельности, свойственные для повышенной парасимпатической активности вегетативной нервной системы: синусовая брадикардия, признаки синдрома слабости синусового узла, миграция водителя ритма, синоатриальная блокада. Однако, частота синусовой тахикардии, экстрасистолии, пароксизмальной наджелудочковой та-

хикардии, фибрилляции предсердий в основной группе была выше, чем нарушения образования и проведения импульса ( $p < 0,05$ ).

#### Выводы

1. Для больных с ХНХ на фоне хеликобактериоза в сочетании с ИБС были характерны давящие, ноющие и сжимающие боли, с неоднократной частотой ежедневных приступов, которые возникали при умеренной физической нагрузке, купирующиеся валидолом или нитроглицерином (стенокардитический синдром).

2. У больных с коморбидной патологией, наряду со стенокардитическим синдромом, прослеживались кардиалгия, которая возникала после умеренной физической нагрузки или без видимых причин, давящего, колющего характера, с чувством дискомфорта, с редкими приступами, купировавшимися валидолом.

3. При проведении холтеровского мониторирования были выявлены изменения ЭКГ, характерные для преобладания симпатического тонуса вегетативной нервной системы.

4. В дальнейшем мы планируем изучить патогенетические взаимосвязи дисфункции желчного пузыря и наличия инфицированности хеликобактером у больных с коморбидной патологией.

#### Литература

1. Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей / Р.А. Иванченкова. – М. Атмосфера, 2006. – 416 с.
2. Ивашкин В.Т. Новое время – новые задачи гастроэнтерологии / В.Т. Ивашкин, С.И. Раппопорт // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – № 1. – С. 10-14.
3. Звенигородская Л.А. Клинико-диагностические особенности заболеваний органов пищеварения у больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы / Л.А. Звенигородская, Л.Б. Лазебник, Ю.В. Таранченко // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 5. – С. 139-140.
4. Мараховский Ю.Х. Гастроэнтерологические аспекты обмена холестерина: гепатоцитарные и каналикулярные компарменты обмена холестерина и их клинико-патофизиологическое значение / Ю.Х. Мараховский, К.Ю. Мараховский // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т. 16, № 6. – С. 41-55.
5. Серцево-судинні захворювання : методичні рекомендації діагностики та лікування / за ред. В.М. Коваленка та М.І. Лутая. – К.: Здоров'я України, 2005. – 542 с.
6. Autonomic nervous activity before and after eradication of *Helicobacter pylori* in patients with chronic duodenal ulcer / T. Nada, M. Nomura, A. Iga [et al.] // Aliment. Pharmacol. Therapy. – 2002. – № 16. – P. 180-186.

7. Fox K. Guidelines on the management of stable angina pectoris. The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of European Society of Cardiology / K. Fox // *Europ. Heart J.* – 2006. – Vol. 27, № 11. – P. 1341-1381.

8. Grippo A.J. Biological mechanisms in the relationship between depression and heart disease / A.J. Grippo, A.K. Johnson // *Neurosc. Biobehav. Rev.* – 2002. – Vol. 26 (8). – P. 941-962.

9. Lucini D. Hemodynamic and autonomic adjustments to real life stress conditions in humans / D. Lucini, G. Norbiato, M. Clerici // *Hypertension.* – 2002. – Vol. 39. – P. 184-188.

10. Portincasa P. From lipid oil to cholesterol crystallization in bile. Relevance in cholesterol gallstone disease / P. Portincasa, A. Moschetta, G. Palasciano // *Ann. Hepatol.* – 2002. – Vol. 1, № 3. – P. 121-128.

11. Salonen J.T. Liver damage and protective effect of high density lipoprotein cholesterol / J.T. Salonen // *BMJ.* – 2003. – Vol. 327. – P. 1082-1083.

#### Резюме

**Компанієц К.М., Іванова Л.М.** Клінічні та інструментальні прояви у хворих з хронічним некалькульозним холециститом на фоні хелікобактеріозу в сполученні з ішемічною хворобою серця.

У хворих з хронічним некалькульозним холециститом на фоні хелікобактеріозу в сполученні з ішемічною хворобою серця реєструвалися стенокардитичний синдром, кардіалгії, порушення ритму, які характерні для підвищеної активності симпатичної нервової системи.

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

#### Резюме

**Компанієц К.Н., Іванова Л.Н.** Клинические и инструментальные проявления у больных с хроническим некалькулезным холециститом на фоне хеликобактериоза в сочетании с ишемической болезнью сердца.

У больных хроническим некалькулезным холециститом на фоне хеликобактериоза в сочетании с ишемической болезнью сердца регистрировались стенокардитический синдром, кардиалгии и нарушения ритма, характерные для повышенной активности симпатической нервной системы.

**Ключевые слова:** хронический некалькулезный холецистит, хеликобактериоз, ишемическая болезнь сердца, клиника, нарушения ритма.

#### Summary

**Kompaniets K.N. Ivanova L.N.** Clinical and instrumental displays at the patients with chronic non-calculous cholecystitis and helicobacter pylori infection combined with ischemic heart disease.

At patients with chronic non-calculous cholecystitis and helicobacter pylori infection combined with ischemic heart diseases were registered stenocardiac syndrome, cardiologia and disorders of rhythm typical for increase of vegetative nervous system.

**Key words:** non-calculous cholecystitis, helicobacter pylori infection, ischemic heart disease, clinical sings, disorders of rhythm.

Рецензент: д.мед.н., проф. Я.А. Соцька

УДК 616-003.662-005.2:669.013.5

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

И.Ф. Костюк, В.В. Бязрова, Н.П. Стеблина, В.Л. Прохоренко  
Харьковский национальный медицинский университет

### Введение

Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) – стремительно растущая в мире проблема. Согласно сведениям ВОЗ, к 2020 году эта патология займет 5-е место среди наиболее распространенных болезней в мире, а также третье место среди причин смертности [1, 2].

Ранее распространенность ХОБЛ была значительно выше среди мужчин по сравнению с женщинами, что объяснялось воздействием различных факторов риска. Однако, в настоящее время в развитых странах распространенность ХОБЛ среди женщин значительно выросла [1, 3]. Так, за последнее время этот показатель увеличился на 69%, смертность больных ХОБЛ выросла среди женщин в 15 раз [4, 5]. Официальная статистика распространенности бронхообструктивной патологии, по данным Глобальной инициативы по ХОБЛ (GOLD), свидетельствует о том, что в странах, находящихся на разных континентах (США, Австрия, Германия, Исландия, Австралия), заболеваемость у женщин выше, чем у мужчин.

Помимо курения, наследственных и социально-экономических факторов, респираторному риску подвержено население, живущее в неблагоприятных экологических условиях, работающее на производстве с повышенным пылеобразованием (металлургия, машиностроение, производство стройматериалов, текстильная промышленность и др.). Несмотря на постоянный контроль за соблюдением санитарно-гигиенических норм на предприятиях, степень риска развития ХОБЛ сохраняется на достаточно высоком уровне в связи со спецификой технологических линий [6]. На многих предприятиях, где используется женский труд, остаются неизменными на протяжении десятилетий неблагоприятные условия труда, производственные вредности превышают предельно допустимые уровни.

Различия во влиянии профессиональных факторов производственной среды на женщин и мужчин могут быть объяснены по-разному.

Экологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини