

## ВПЛИВ НА ФАКТОРИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

\*Інститут сімейної медицини, м. Київ

У хворих на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) порушення кінетики жовчовиділення та зміни ліпідного профілю виступають факторами серцево-судинного ризику (ССР). Досліджена можливість модифікації таких факторів ССР, як гіпокінетичний тип дисфункції жовчного міхура (ДЖМ) та порушення ліпідного профілю, у хворих на ХНХ. Патогенетична корекція передбачала отримання холеритичного та гіполіпідемічного ефекту, обрано фітотерапевтичний препарат екстракту з листя артишоку польового (патентована назва «Хофітол»).

Клінічна ефективність (КЕ) виявилася в наступному: скорочення фази відкритого сфінктера Одді ( $I_{KE}=0,439$  од), скорочення фази закритого сфінктера Одді ( $I_{KE}=0,404$  од), зменшення тривалості та об'єму міхурової порції жовчі ( $I_{KE}=0,526$  та  $0,525$  од, відповідно). Стосовно впливу на ліпідний обмін: зменшення концентрації холестерину (ХС) ліпопротеїдів низької щільності ( $p \leq 0,05$ ), ХС ліпопротеїдів дуже низької щільності ( $p \geq 0,05$ ) та незначне зменшення коефіцієнту атерогенності. КЕ впливу лікування на нормалізацію ліпідного обміну склала  $(9,0 \pm 0,7) \%$ .

**Ключові слова:** дисліпідемія, дисфункція жовчного міхура, серцево-судинний ризик, загальна практика – сімейна медицина.

Дослідження виконано згідно з планом НМАПО імені П. Л. Шупика – НДР кафедри сімейної медицини (зав. каф. – д-р мед. наук, проф. Л. В. Хімійон): «Науково-методичний супровід забезпечення стандартизації та персоналізації лікувально-профілактичної та реабілітаційної діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря» (№ держ. реєстрації 0115U002156; 2015-2017 р.). та є фрагментом кваліфікаційної наукової роботи автора.

**Вступ.** У 2011 році ООН прийняла резолюцію про зниження смертності від хронічних неінфекційних захворювань (НІЗ) на 25 % до 2025 року. Для цього необхідно залучити всі верстви суспільства, від лікарів загальної практики до політиків, тому що:

– серцево-судинні захворювання (ССЗ) становлять більшу частину НІЗ у світі (17 млн осіб щорічно), потім йдуть онкологічні захворювання (7,6 млн),

хвороби органів дихання (4,2 млн), а також цукровий діабет (1,3 млн);

– на ці чотири групи припадає близько 80 % усіх смертей від НІЗ;

– для всіх них спільними є наступні чотири фактори ризику (ФР): вживання тютюну, відсутність фізичної активності, надмірне вживання алкоголю та неправильне харчування [1].

Згідно з теорією серцево-судинного континууму, виникнення основних ССЗ передбачає безперервний розвиток патологічного процесу від ФР до формування нозологічно окреслених станів, тобто до захворювань [5]. Для успішної профілактики ССЗ необхідно впливати на більш ранні ланки цього порочного кола, тобто на ФР, і це, безперечно, є одним із пріоритетних напрямків роботи лікаря первинної ланки [7, 9, 10].

Необхідність зниження рівня холестерину (ХС) для профілактики ССЗ та їх ускладнень сумніву не викликає, тому що ССЗ продовжують посідати чільне місце в структурі смертності і громадян України (65,2%). У переважній більшості випадків основою їх патогенезу є атеросклероз і атеротромбоз кровоносних судин, зумовлюючи в 67,5% розвиток ішемічної хвороби серця (ІХС), а в 21,8% – цереброваскулярних захворювань. В Україні протягом 2009 р. тільки за зверненням до лікаря зареєстровано понад 8,6 млн пацієнтів з ІХС [4].

Відомо, що становлення і розвиток ССЗ та хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту відбувається у молодому віці, а поширеність їх поєднаних варіантів серед осіб цієї вікової категорії сягає  $(10,0 \text{ } 15,0) \%$  [2, 15]. Зростання термінів тимчасової непрацездатності та показників первинної інвалідності унаслідок хронічних хвороб, зокрема поєднаних, наносить значних економічних збитків і посилює соціальну значущість наукових досліджень, спрямованих на удосконалення клінічного моніторингу пацієнтів, ранньої діагностики та профілактики, особливо на первинному рівні надання медичної допомоги [8].

На теперішній час встановлено прямий кореляційний зв'язок між захворюваністю та смертністю від ІХС, з одного боку, і рівнем холестерину в крові, з іншого, а гіперхолестеринемія, поряд з палінням,

ожирінням, артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом і віком визначена головним предиктором розвитку атеросклерозу і його ускладнень [4].

Згідно сучасних рекомендацій, дисфункціональні розлади біліарного тракту (ДРБТ) поділяють на два типи: дисфункцію жовчного міхура (ДЖМ) і дисфункцію сфінктера Одді (ДСО). При цьому суть проблеми обмежується діагностикою функціонального стану останніх і симптоматичним лікуванням. На жаль, ігнорується роль інших органів і систем, які теж мають вплив на розвиток і прогресування ДРБТ. Так, достовірно відомо, що у патогенезі ДРБТ важливе місце мають не тільки нейроендокринні розлади, які безпосередньо впливають на скоротливу здатність м'язів жовчовивідних шляхів, а і дисліпідемії.

Біліарна недостатність сприяє вираженим змінам процесів травлення, в першу чергу процесів розщеплення і всмоктування жирів екзогенних, у тому числі поліненасичених жирних кислот. Це сприяє ініціації порушень різних видів обміну, в тому числі і ліпідного. Дана обставина особливо важлива в розумінні ранніх, доклінічних етапів патогенезу атеросклерозу.

Відома можливість впливу на показники ліпідного обміну шляхом корекції моторно-евакуаторної функції жовчного міхура (ЖМ). Встановлено, що корекція скорочувальної функції ЖМ зменшує ступінь вираженості дисліпопротеїдемії, а в ряді випадків, переважно у пацієнтів молодого та середнього віку, нормалізує ліпідний обмін [6].

Відповідно до сучасних рекомендацій, лікуванню підлягають усі ФР, що коригуються, тому виявлення ФР, оцінка ступеня сумарного ССР і його зниження в осіб з підвищеним ризиком і пацієнтів з ССЗ (за рахунок модифікації всіх наявних ФР), а також оздоровлення способу життя, з метою збереження низького ризику в осіб з низькою ймовірністю розвитку захворювання, становлять основне завдання профілактичних заходів.

**Мета дослідження** – вивчити можливість модифікації таких факторів ССР, як гіпокінетичний тип ДЖМ та порушення ліпідного профілю у хворих на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ).

**Матеріали і методи.** З метою вивчення можливостей модифікації зазначених факторів ССР було проведено лікування відповідної групи пацієнтів (60 осіб) на ХНХ в стадії ремісії з гіпокінетичною ДЖМ (чоловіків – 24 (середній вік  $(28,8 \pm 1,1)$  р.), жінок – 36 (середній вік –  $(33,2 \pm 1,2)$  р.). При постановці клінічного діагнозу застосовано уніфіковану клініко-статистичну класифікацію (Київ, 2004), згідно якої до клінічних груп включені пацієнти з ДЖМ та ХНХ (код. 82.8, 81 по МКХ-10); ХНХ та ДЖМ класифікували згідно рекомендацій та клінічних протоколів (Наказ МОЗ України № 271 від 13. 06. 2005 р.).

За кількістю наявних у пацієнтів ФР, вони були розподілені на групи – перша ( $n_1 = 38$ ) з підвищеним (пССР), друга ( $n_2 = 22$ ) з низьким ССР (нССР).

До моніторингових ознак віднесені показники кінетичного стану ЖМ (за даними багатомоментного дуоденального зондування (БДЗ) та ліпідного

обміну (за даними ліпідогам)), які оцінювались до і після лікування.

Біохімічні дослідження виконані на автоматичному біохімічному аналізаторі «Cholestech LDX» (США). Вміст у сироватці крові загального ХС, тригліцеридів (ТГ) та ХС ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) визначали з використанням стандартних наборів реактивів фірми «Human» (Німеччина) на аналізаторі «Olympus» (Японія). ХС ЛПНЩ розраховували за формулою W. T. Friedewald  $(ХС - ХС ЛПВЩ - (0,45 \times ТГ))$ . Інтегральний показник ліпідного метаболізму – коефіцієнт атерогенності (КА) – розраховували за формулою, запропонованою А. Н. Климовим (1995):  $КА = (ХС - ХС ЛПВЩ) / ХС ЛПВЩ$ ; ХС ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ):  $ХС ЛПДНЩ = ТГ / 2,2$ .

Оцінка типу ДЖМ, тонуусу і скорочувальної функції ЖМ та сфінктерів жовчовивідних шляхів включала визначення показника напруги жовчовиділення (Н), що відображає участь кількох складових цього процесу за результатами БДЗ; показник Н розраховували за формулою:  $H = V_{ЖМ} / t_{ЖМ}$ , де V – об'єм та t – тривалість виділення п'яти порцій дуоденального вмісту [11].

Патогенетична корекція передбачала отримання холеритичного та гіполіпідемічного ефекту; зважаючи на вік пацієнтів, відсутність загострення ХНХ та маючи на увазі зменшення токсичних впливів і відмову від поліпрагмазії, обрано фітотерапевтичний препарат екстракту з листя артишоку польового (патентована назва «Хофітол» у добовій дозі 1200 мг (по 2 таблетки 3 рази на добу перед їжею на протязі 3 тижнів). У відомих публікаціях щодо ефективності цього рослинного препарату [12, 13], висвітлено результати його комплексного впливу: нормалізація ліпідного обміну [14], процесів жовчоутворення та жовчовиділення, антиоксидантні властивості, інше [3]. Ефективність застосування препарату екстракту з листя артишоку польового у якості патогенетичного засобу для модифікації виявлених нами факторів ССР у хворих на ХНХ з гіпокінетичним типом ДЖМ не вивчена.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Слід зазначити, що аналіз ефективності виявив (табл. 1), що найбільш впливовими змінами кінетики жовчовиділення у групі пацієнтів з пССР є скорочення тривалості жовчовиділення у II, III та IV фазах; рівень ССР не визначав достовірних відмінностей у зміні об'ємів жовчовиділення. Вцілому, клінічна ефективність стосовно морфо-кінетичної компоненти ЖМ серед пацієнтів з нССР полягає у наступному (перші три ранги):

Скорочення фази відкритого сфінктера Одді ( $I_{KE} = 0,439$  од), скорочення фази закритого сфінктера Одді ( $I_{KE} = 0,404$  од), зменшення тривалості та об'єму міхурової порції жовчі ( $I_{KE} = 0,526$  та  $0,525$  од, відповідно). Саме за рахунок цих показників, при нССР, досягнуто більш виразного ефекту у системі жовчоутворення та жовчовиділення. Комплексна терапевтична схема з використанням препаратів

Таблиця 1

**Зміни кінетичного стану жовчного міхура під впливом лікування залежно від рівня серцево-судинного ризику**

Фази оцінки кінетики жовчного міхура (T – хв. ; V – см <sup>3</sup> )		Пацієнти з гіпокінетичним типом дисфункції жовчного міхура					
		підвищений ССР			низький ССР		
		до	після	I <sub>KE</sub>	до	після	I <sub>KE</sub>
холедохова	T <sub>I</sub>	17,8±0,5	16,3±0,7 <sup>a</sup>	0,116	17,8±0,5	16,6±0,9	0,094
	V <sub>I</sub>	16,1±0,8	16,8±0,5	0,064	16,1±0,8	17,2±0,7	0,102
закритого сфінктера Одді	T <sub>II</sub>	9,7±0,3	6,3±0,4 <sup>a</sup>	0,404	9,7±0,3	5,6±0,4 <sup>a</sup>	0,458
відкритого сфінктера Одді	T <sub>III</sub>	12,4±0,4	7,5±0,5 <sup>a</sup>	0,439	12,4±0,4	5,1±0,4 <sup>a</sup>	0,527
	V <sub>III</sub>	18,3±0,3	6,4±0,4 <sup>a</sup>	0,530	18,3±0,3	5,8±0,3 <sup>a</sup>	0,525
міхурова після 1 подразника	T <sub>IV-1</sub>	38,3±0,8	24,1±1,0 <sup>a</sup>	0,421	38,3±0,8	23,2±0,8 <sup>a</sup>	0,438
	V <sub>IV-1</sub>	33,4±1,5	36,3±1,6	0,131	33,4±1,5	37,3±1,7 <sup>a</sup>	0,178
міхурова після 2 подразника	T <sub>IV-2</sub>	33,6±0,5	7,7±0,4 <sup>a</sup>	0,487	33,6±0,5	5,4±0,5 <sup>a</sup>	0,424
	V <sub>IV-2</sub>	32,6±0,7	6,7±0,5 <sup>a</sup>	0,469	32,6±0,7	5,1±0,4 <sup>a</sup>	0,419
міхурова загалом	T <sub>IV</sub>	71,2±3,4	29,9±1,2 <sup>a</sup>	0,526	71,2±3,4	28,6±1,0 <sup>a</sup>	0,529
	V <sub>IV</sub>	64,4±2,7	27,1±2,2 <sup>a</sup>	0,525	64,4±2,7	26,3±2,0 <sup>a</sup>	0,528
печінкова	T <sub>V</sub>	44,3±1,9	13,2±0,8 <sup>a</sup>	0,520	44,3±1,9	13,6±0,9 <sup>a</sup>	0,523
	V <sub>V</sub>	29,6±1,1	21,3±1,3 <sup>a</sup>	0,342	29,6±1,1	20,6±1,4 <sup>a</sup>	0,364

Примітка: <sup>a</sup> – p < 0,05 достовірність відмінностей показників до і після лікування; I<sub>KE</sub> – індекс клінічної ефективності.

Таблиця 2

**Зміни ліпідного профілю крові під впливом лікування залежно від рівня серцево-судинного ризику**

	Пацієнти на ХНХ з гіпокінетичним типом дисфункції жовчного міхура					
	підвищений ССР			низький ССР		
	до лікування	після лікування	I <sub>KE</sub>	до лікування	після лікування	I <sub>KE</sub>
Загальний ХС, ммоль/л	5,50±0,24	5,16±0,18	<b>9,38</b>	3,78±0,25	3,64±0,21	<b>9,63</b>
ТГ, ммоль/л	2,01±0,14	1,89±0,09	<b>9,40</b>	1,15±0,14	1,21±0,11	<b>5,20</b>
ХС ЛВНЩ, ммоль/л	1,23±0,07	1,26±0,11	<b>6,50</b>	1,17±0,10	1,18±0,12	<b>0,90</b>
ХС ЛПНЩ, ммоль/л	3,36±0,23	2,65±0,16 <sup>a</sup>	<b>7,89</b>	2,09±0,19	2,06±0,11	<b>0,98</b>
ХС ЛПДНЩ, ммоль/л	0,96±0,11	0,86±0,09	<b>8,96</b>	0,41±0,07	0,40±0,08	<b>0,97</b>
КА	3,36±0,29	3,11±0,18	<b>9,26</b>	2,31±0,22	2,24±0,23	<b>0,97</b>
Клінічна ефективність впливу на ліпідний профіль	9,0±0,7%			1,0±0,06%		

Примітка: <sup>a</sup> – p < 0,05 достовірність відмінностей показників до і після лікування; I<sub>KE</sub> – індекс клінічної ефективності

екстракту з листя артишоку польового ефективно впливала на показники порушеного жовчовиділення, характерні для гіпокінетичного типу ДЖМ.

При дослідженні показників I фази БДЗ до і після проведеного лікування, як в першій, так і в другій групах хворих встановлено позитивну динаміку нормалізації обсягу дуоденального вмісту, отриманого під час цієї фази. Запропонована терапія ефективно впливала на тривалість II і III фаз БДЗ, що було ознакою усунення патологічних явищ з боку сфінктера Люткенса-Мартінова.

Отже, комплексна терапевтична схема мала позитивний вплив на тонус і функцію сфінктера Одді і Люткенса-Мартінова. Лікування призводило до більш достовірного поліпшення показників IV фази БДЗ, а також нормалізації обсягу жовчі під час дії другого подразника, що свідчило про відновлення скорочувальної здатності ЖМ. Запропонована терапія більш ефективно сприяла нормалізації обсягу жовчі, відокремлюваного під час V фази БДЗ.

Ефективність застосування препарату екстракту листя із артишоку польового стосовно впливу на

ліпідний обмін характеризувалась тенденціями його нормалізації (**табл. 2**). Так, в групі пацієнтів з пССР виявлено (перші три рангових місця): зменшення концентрації ХС ЛПНЩ ( $p \leq 0,05$ ), ХС ЛПДНЩ ( $p \geq 0,05$ ) та незначним зменшенням КА. При цьому, клінічна ефективність впливу лікування на нормалізацію ліпідного обміну склала ( $9,0 \pm 0,7$ )% та достовірно перевищувала цей показник у групі пацієнтів з нССР (становив  $(1,0 \pm 0,06)\%$ ,  $p < 0,05$ ).

#### Висновки.

1. Застосування екстракту листя артишоку польового в комплексній терапії хворих на хронічний некалькульозний холецистит із гіпокінетичним типом ДЖМ, дисліпідемією та підвищеним ССР супроводжується зменшенням вмісту ХС ЛПНЩ (в середньому на 10 – 12 %,  $p < 0,05$ ) та тенденцією до зменшення ХС ЛПДНЩ і КА на тлі позитивних

змін кінетики жовчного міхура, таких як скорочення фази відкритого сфінктера Одді та фази закритого сфінктера Одді, зменшення тривалості та об'єму міхурової порції жовчі.

2. Модифікація таких факторів ССР як кінетичний стан ЖМ та стан ліпідного обміну препаратом екстракту з листя артишоку польового продемонструвала ефективну корекцію гіпокінетичного стану ЖМ при одночасному позитивному впливі на ліпідний обмін, як при пССР так і при нССР.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з пошуком нових можливостей впливу на фактори, що підвищують загальний ССР, з метою удосконалення профілактичної, діагностичної та лікувальної тактики стосовно хворих на ХНХ на першому рівні надання медичної допомоги сімейним лікарем.

### Список літератури

1. Анікеєва Т. В. Застосування статинів у профілактиці серцево-судинних захворювань (огляд літератури) / Т. В. Анікеєва // *Новости медицины и фармации*. – 2015. – Тематич. номер (529). – С. 20 – 24.
2. Біловол О. М. Особливості формування порушень системної гемодинаміки та ремоделювання серця у хворих на хронічний холецистит в поєднанні з гіпертонічною хворобою / О. М. Біловол, В. М. Хворостінка, Л. Р. Боброннікова // *Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: тем. збірник наукових праць*. – 2009. – Вип. 1 – 2. – С. 503 – 512.
3. Григорьев П. Я. Хофитол в гастроэнтерологии и гепатологии (обзор литературы и собственные данные) / П. Я. Григорьев. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www.medicusamicus.com](http://www.medicusamicus.com).
4. Дисліпідемії: діагностика, профілактика та лікування. Методичні рекомендації Асоціації кардіологів України. – К., 2011. – Режим доступу [http://strazhesko.org.ua/upload/2014/02/20/guidelines\\_dyslipid\\_2011\\_new.pdf](http://strazhesko.org.ua/upload/2014/02/20/guidelines_dyslipid_2011_new.pdf)
5. Коваленко В. М. Інноваційні наукові технології і пріоритети в кардіології / В. М. Коваленко // *Журнал НАМН України*. – 2011. – Т. 17, № 1. – С. 7 – 10.
6. Лейщнер У. *Практическое руководство по заболеваниям желчных путей*. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2001. – 264 с.
7. Лисенко Г. І. Конституційно – біологічні та генеалогічні фактори кардіо-васкулярного ризику у хворих на біліарні дисфункції / Г. І. Лисенко, Н. В. Кіча, С. В. Данилюк // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2010. – Вип. 4. – С. 191 – 195.
8. Лисенко Г. І. Сімейна медицина в Європі – практика, освіта, наука та мистецтво (за результатами проведення 17 – ї Регіональної Європейської Конференції з Сімейної Медицини WONCA Europe 2011) / Г. І. Лисенко, В. І. Ткаченко // *Сімейна медицина*. – 2012. – No 1. – С. 9 – 10.
9. Лисенко Г. І. Стратегія управління ризиками в оптимізації тактики введення хворих на ішемічну хворобу серця / Г. І. Лисенко, В. О. Мінцер // *Сімейна медицина*. – 2010. – № 2. – С. 52 – 55.
10. Мінцер В. О. Моніторинг факторів ризику ішемічної хвороби серця і метаболічних порушень та обґрунтування профілактичного застосування кардіопротекторних засобів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.38 «Загальна практика – сімейна медицина» / В. О. Мінцер. – Київ, 2011. – 20 с.
11. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: справочник врача. – [3-е изд., перераб. и доп.] / Под. ред. О. Я. Бабака, Н. В. Харченко. – К.: ООО «Доктор – Медиа», 2010. – С. 138 – 143.
12. Харченко Н. В. Клініко – біохімічна ефективність препарату «Хофитол» при дисфункції сфінктера Одді у хворих з післяхолецистектомічним синдромом / Н. В. Харченко, Г. А. Анохіна, І. Я. Лопух // *Сучасна гастроентерологія*. – 2006. – № 1. – С. 46 – 49.
13. Харченко Н. В. Підходи до лікування хворих з дисфункцією сфінктера Одді / Н. В. Харченко, Г. А. Дорогавцева // *Сучасна гастроентерологія*. – 2009. – № 3. – С. 75 – 80.
14. Черейская Н. К. Коррекция метаболических нарушений у женщин перименопаузального периода / Н. К. Черейская, С. А. Шаповаленко, Е. Г. Шуганов. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www.medicusamicus.com](http://www.medicusamicus.com).
15. Global strategy for prevention and control of non – communicable diseases // WHO : Geneva, 2008. – Режим доступу [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_action\\_plan\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan_en.pdf).

УДК 616.33-002.44:616.61-002.3

### ВЛИЯНИЕ НА ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кича Н. В., Данилюк С. В.

**Резюме.** У больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) нарушение кинетики желчеотделения и изменения липидного профиля выступают факторами сердечно-сосудистого риска (ССР). Исследована возможность модификации таких факторов ССР, как гипокинетический тип дисфункции желчного пузыря (ДЖМ) и нарушение липидного профиля у больных ХНХ. Патогенетическая коррекция

предусматривала получение холеритического и гиполипидемического эффекта, выбран фитотерапевтический препарат экстракта из листьев артишока полевого (патентованное название «Хофитол»).

Клиническая эффективность (КЭ) оказалась в следующем: сокращение фазы открытого сфинктера Одди (IKE=0,439 од), сокращение фазы закрытого сфинктера Одди (IKE=0,404 од), уменьшение продолжительности и объема пузырной порции желчи (IKE=0,526 та 0,525 од, соответственно). Что касается влияния на липидный обмен: уменьшение концентрации холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности ( $p \leq 0,05$ ), ХС липопротеидов очень низкой плотности ( $p \geq 0,05$ ) и незначительное уменьшение коэффициента атерогенности. КЭ влияния лечения на нормализацию липидного обмена составила  $(9,0 \pm 0,7) \%$ .

**Ключевые слова:** дислипидемии, дисфункция желчного пузыря, сердечно-сосудистый риск, общая практика – семейная медицина.

UDC 616. 33-002. 44:616. 61-002. 3

### Influence on Factors Cardiovascular Risk in Patients with Chronic Cholecystitis in an Outpatient Setting

Kicha N. V., Danyliuk S. V.

**Abstract.** According to the theory of cardio-vascular continuum, the occurrence of major cardiovascular diseases (CVD) provides for the continuous development of the pathological process of the formation of the risk factors (RF) to disease. For successful prevention of CVD should influence the earlier parts of this vicious circle, to the FR, and this is certainly one of the priorities of the primary care physicians.

The need to lower cholesterol (HDL) for the prevention of CVD and their complications beyond doubt because CVD continues to occupy a prominent place in the structure of mortality of citizens of Ukraine.

It is known that the formation and development of CVD and chronic diseases of the gastro-intestinal tract occurs at a young age, and the prevalence of combined variants among this age group reaches  $(10,0 \div 15,0) \%$ .

Biliary insufficiency contributes to marked changes digestive processes, especially processes of splitting and absorption of exogenous fats, including polyunsaturated fatty acids. This promotes initiating different types of disorders sharing, including lipid.

Known to influence the lipid metabolism by correcting the motor – evacuation function of the gall bladder (GB). Established that the correction GB contractile function reduces the severity dyslipoproteidemia, and in some cases, mainly in patients young and middle age, normalize lipid metabolism.

It was found that persons with gall bladder dysfunction (GBD) in chronic cholecystitis cardiovascular risk associated to the functional state gall bladder (GB): hypokinetic type – cardiovascular risk (CVR) threefold higher than in the hyperkinetic, and determined the influence of complex factors. In patients with chronic noncalculous cholecystitis (CNC) violation of the kinetics of bile and changes in lipid profile are the factors of cardio-vascular risk (CVR). Investigated the possibility of modifying factors of CVR such as hypokinetic GBD and violation of the lipid profile in patients CNC. Pathogenic correction provides for choleric and lipid-lowering effects, the drug is selected phytotherapeutic extract from the leaves of an artichoke field (brand name “Chophitol”). Clinical efficiency (CE) was found in the following: a reduction phase open the sphincter of Oddi ( $I_{KE} = 0.439$  OD), the reduction phase of the closed sphincter of Oddi ( $I_{KE} = 0.404$  OD), reduction in the duration and scope of the cystic portion of bile ( $I_{KE} = 0.526$  is the 0.525 OD, respectively). As for the effect on lipid metabolism: a decrease in the concentration of cholesterol low density lipoproteins ( $r \leq 0.05$ ), cholesterol very low density lipoproteins ( $r \geq 0,05$ ) and a slight decrease in atherogenic factor. CE effect of treatment on the normalization of lipid metabolism was  $(9,0 \pm 0,7) \%$ .

The place of artichoke leaf extract in the treatment of wounds tended to a certain category of patients is justified systematic set of preventive, diagnostic and therapeutic measures to reduce CVR in ambulatory monitoring.

**Keywords:** dyslipidemia, biliary dysfunctions, cardiovascular risk, general practice – family medicine.

Стаття надійшла 30.11.2015 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування