

УДК 616.12-005.4-071-06:616.366-003.7

©І.О. Боровик, Н.І. Корильчук, С.С. Рябоконе, Н.Є. Боцюк, *Р.О. В'юнова
Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
*Тернопільська міська комунальна лікарня № 2

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНО ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНО ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ – У роботі представлено результати дослідження клінічного перебігу та ліпідного обміну у 70 хворих на ішемічну хворобу серця у поєднанні з жовчнокам'яною хворобою. Встановлено, що у всіх пацієнтів з поєднаною патологією відзначається порушення ліпідного обміну. Підтверджено, що поряд з рефлекторним компонентом поєднання патології гепатобіліарно та серцево-судинно систем важливу роль відіграють порушення жирового обміну, що потребує обов'язково ранньої медикаментозної корекції.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ – В работе представлены результаты исследования клинического течения и липидного обмена у 70 больных ишемической болезнью сердца в сочетании с желчнокаменной болезнью. Установлено, что у всех пациентов с объединенной патологией отмечается нарушение липидного обмена. Подтверждено, что наряду с рефлекторным компонентом при сочетании патологии гепатобилиарной и сердечно-сосудистой систем важную роль играют нарушения жирового обмена, что требует обязательной ранней медикаментозной коррекции.

CLINICAL COURSE FEATURES OF CORONARY HEART DISEASE COMBINED WITH CHOLELITHIASIS – The results of research and clinical course of lipid metabolism in 70 patients with ischemic heart disease combined with cholelithiasis are presented in the work. Determined that, all patients with combined pathology have violations of lipid metabolism. Confirmed that, beside the reflex component of the pathology's combination of hepatobiliary and cardiovascular systems, also violations of fat metabolism play important role, which requires early mandatory medical correction.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, жовчнокам'яна хвороба, ліпідний обмін.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, желчнокаменная болезнь, липидный обмен.

Key words: coronary heart disease, cholelithiasis, lipid metabolism.

ВСТУП Ішемічна хвороба серця (ІХС) та інші захворювання, зумовлені атеросклерозом, і жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) часто зустрічаються серед населення і нерідко поєднуються в одного пацієнта. Відомо, що ЖКХ частіше розвивається у пацієнтів із дисліпідемією, цукровим діабетом, у літніх, а також з ожирінням [1]. Виявлено, що при комбінованій гіперліпідемії частіше спостерігається перенасичення жовчі холестерином, ніж при гіпертригліцеридемії [2]. Ретроспективний аналіз даних УЗД у хворих на ЖКХ показав тривале (більше 5 років) існування у них дискінезії жовчного міхура (ЖМ) (21,6 %), хронічного холециститу безкам'яного (33,3 %), холестерозу ЖМ (8,3 %) до моменту виявлення ЖКХ [4]. У пацієнтів з ЖКХ атеросклеротичне ураження судин більш виражене, ніж у пацієнтів без ЖКХ [5]. Результати деяких прижиттєвих досліджень судин з допомогою сучасних ультразвукових методів свідчать про більшу частоту

виявлення атеросклерозу черевно аорти і сонних артерій у хворих ЖКХ [3]. Але залишається не розкритим питання про особливості сумісного перебігу захворювань серцево-судинно системи, зумовлених атеросклеротичним ураженням, та захворювань гепатобіліарно системи, що ґрунтуються на сучасних лабораторних дослідженнях.

Метою нашого дослідження було вивчити клінічні особливості перебігу ІХС в поєднанні з гепатобіліарною патологією.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Для реалізації поставленої мети ми обстежили 70 хворих на ІХС, що знаходилися на диспансерному обліку в дільничного терапевта та лікувались на денному стаціонарі поліклініки міської клінічної лікарні № 2. Жінок було 38, чоловіків – 32. Середній вік ($56 \pm 4,7$) років. Пацієнтів було поділено на 2 групи. 1-шу групу склали 35 хворих на ІХС, у яких при обстеженні було виявлено ЖКХ. У 2-гу, контрольну групу, увійшли стільки ж хворих, але без біліарно патології.

Діагноз ІХС підтверджували за даними інструментальних методів дослідження: електрокардіографія, ехокардіоскопія. Діагноз ЖКХ підтверджувався при ультразвуковому дослідженні наявністю у хворого в ЖМ конкрементів або перенесеною в минулому операцією на холецистектомію. Поряд з цим досліджували біохімічні показники, що характеризують функціональний стан печінки та ліпідний обмін. Оцінку якості об'єктивізації стану проводили за великою кількістю критеріїв, але пріоритетними були: клінічний варіант перебігу ІХС, тяжкість перебігу хвороби, кількість та інтенсивність нападів стенокардії, характер ускладнень, ефективність лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ Аналіз отриманих даних свідчить про те, що у хворих з поєднаною патологією спостерігається негативна синтропія між ІХС та ЖКХ. Так, в 1-й групі стенокардія була тяжчих класів: з III ФК в цій групі було 17 осіб (48,6 %), з IV ФК – 8 (22,8 %). У II групі відповідно II ФК був у 11 хворих (34,5 %), III ФК – 15 (42,9 %). Прогресуючу стенокардію діагностували в групі з поєднаною патологією у 9 (25,7 %) хворих, в контрольній – у 6 (17,1%) осіб.

У хворих 1- групи в 54,9 % випадків раніше з'явилися ознаки жовчнокам'яної хвороби, у 11 (34,5 %) було навпаки, і лише у 5 (14,2 %) хворих на ІХС і ЖКХ виявлені одночасно. Для хворих з мікст-патологією характерними були: більша тривалість та інтенсивність нападів стенокардії, що вимагало збільшення доз кардіологічних препаратів, більший показник інфаркту міокарда (відповідно 21 (60 %) і 12 (34,2 %)), частий розвиток серцево недостатності (відповідно 22 (62,9 %) і 11 (31,4 %)). Підтвердженням тому є також показник фракції викиду лівого шлуночка при ехокардіоскопії: в основній

групі хворих був знижений у 14 (40 %) хворих, в контрольній – у 8 (22,8 %). В цілому у хворих з поєднаною патологією атеросклероз великих артерій спостерігався у 22 хворих (62,9 %), що більше, ніж у контролі. У хворих з поєднаною патологією при клінічно вираженому перебігу ЖКХ частіше виявлялися атеросклеротичні бляшки порівняно з мало-і безсимптомним перебігом (у 88,7 %, 77,3 % і 69,9 % відповідно). Також в основній групі пацієнтів частіше, ніж у контрольній, зустрічалися хворі з ожирінням II і III ступенів.

При аналізі отриманих лабораторних показників виявлено достовірне підвищення показників, що

відповідають за функціональний стан печінки та ліпідний обмін (таблиця 1). Гіпертригліцеридемію було виявлено у 29 (82,3 %) хворих в основній групі і у 19 (54,3 %) хворих у контрольній групі. Рівень тригліцеридів у сироватці крові хворих 1- групи коливався від 3,7 до 4,43 ммоль / л.

Слід зазначити, що в основній групі обтяжена спадковість щодо ІХС спостерігалася у 18 (51,4 %) хворих, в контрольній – 26 (74,3 %). Частота цукрового діабету, який як відомо є одним з головних факторів ризику розвитку атеросклерозу, була відповідно у 7 (20 %) і у 2 (5,7 %).

Таблиця 1. Біохімічні показники крові хворих з ІХС (M±m)

Показники	I група, n = 35	II група, n = 35
Загальний білірубін, мкмоль/л	25,42±0,37	18,06±0,48*
Холестерин, ммоль/л	7,5±0,14	5,3±0,18*
В-ліпопроте ди, од	72,19±2,9	48,16±3,1*
Тригліцериди, ммоль/л	4,34±0,12	2,28±0,16*
ЛПВЩ, ммоль/л	1,06±0,05	1,32±0,07*
ЛПНЩ, ммоль/л	4,12±0,17	3,42±0,14*
ЛПОНП, ммоль/л	0,58±0,16	0,34±0,20*
Коефіцієнт атерогенності (холестерин/ЛПНЩ)	4,34±0,12	2,98±0,09

Примітка. * p < 0,001.

ВИСНОВКИ Не заперечуючи значення рефлекторного компоненту розвитку негативного характеру синдропа між ІХС та ЖКХ, провідною ланкою патогенезу є атеросклеротичне ураження коронарних артерій як наслідок розладів ліпідного обміну. Фонова гепатобіліарна патологія обтяжливо впливає на розвиток і клінічний перебіг ІХС. Лікування супутніх захворювань печінки і ЖМ може поліпшити функціональний стан міокарда як у хворих з коронаросклерозом, так і у хворих із незміненими вінцевими судинами.

Перспективним є вивчення ефекту ліпідознижувальних препаратів при поєднаній патології жовчовивідних шляхів та ІХС.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белялов Ф.И., Буянт С., Суханова Е.В. Ишемическая болезнь сердца и патология билиарной системы // Сочетанные заболевания внутренних органов в терапевтической практике: Матер. I межрегион. конф. – Иркутск, 2007. – С. 32-37.
2. Ветшов П.С., Ногтев П.В. Холецистокардиальный синдром – миф или реальность // Хирургия. – 2005. – № 3.
3. Иванченкова Р.А., Перова Н.В., Кислый Н.Д., Шарашкина Н.В. Липопротеиды низкой плотности у больных желчно-каменной болезнью и холестерозом желчного пузыря // Тер.-архив. – 2005. – № 2. – С. 10-14.
4. Kono S., Eguchiri, Honjo S. et al. Cigarette smoking, alcohol use, and gallstone risk in Japanese men. Digestion. – 2002. – Vol. 65 (3). – P. 177-83.
5. Ryan E.T., Pak P.H., DeSanctis R.W. Myocardial infarction mimicked by acute cholecystitis. Ann Intern Med. – 1992. – Vol. 116. – P. 218-20.

Отримано 30.04.10