

КЛІНІЧНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

КЛІНІЧНІ ТА ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ – У роботі представлено результати дослідження клінічного перебігу та ліпідного обміну в 70 пацієнтів з ішемічною хворобою серця у поєднанні із жовчнокам'яною хворобою. Встановлено, що у всіх пацієнтів з поєднаною патологією відмічають порушення ліпідного обміну. Підтверджено, що поряд з рефлекторним компонентом поєднання патології гепатобіліарної та серцево-судинної систем важливу роль відіграють порушення жирового обміну, що потребує обов'язкової ранньої медикаментозної корекції.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА – В работе представлены результаты исследования клинического течения и липидного обмена у 70 пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с желчнокаменной болезнью. Установлено, что у всех пациентов с объединенной патологией отмечают 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 AND LABORATORY FEATURES OF CHOLELITHIASIS IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE – 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. It was determined that all patients with combined pathology have violations of lipid metabolism. It was confirmed that beside the reflex component of the pathology's combination of hepatobiliary and cardiovascular systems, also violations of fat metabolism play an important role, which requires early mandatory medical correction.

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

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

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

ВСТУП Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) є багатифакторним захворюванням з чіткими клінічними, патофізіологічними і морфологічними особливостями. Патогномонічною ознакою є наявність у жовчновивідних шляхах, переважно в жовчному міхурі, біліарного сладжу і, або жовчних каменів [3]. У наш час відмічають швидке збільшення поширеності ЖКХ, переважно в промислово розвинутих країнах. Серед дорослого населення Європи та США холелітіаз виявляють у межах 10–15 %, що найчастіше зустрічається, та є одним з найбільш фінансово затратних для лікування захворювань травної системи [5]. На думку експертів ВООЗ найважливішими причинами цього є щорічне збільшення вживання алкоголю і тютюнокуріння, підвищений рівень холестерину крові, надмірна маса тіла, малорухливий спосіб життя, недостатнє споживання фруктів та овочів [2, 4]. Ішемічна хвороба серця (ІХС), у свою чергу, також вимагає постійного тривалого, інколи пожиттєвого прийому медикаментів. Етіологічні чинники ЖКХ та ІХС також бувають одна-

ковими, тому нерідко поєднуються в одного пацієнта. Така коморбідність нерідко є причиною поліпрагмазії, часто робить неможливим контроль за ефективністю призначеної терапії, збільшує матеріальні витрати пацієнтів і знижує їх комплаєнс [1]. Тому актуальним є вивчення питання особливостей сумісного перебігу захворювань серцево-судинної системи, зумовлених атеросклеротичним ураженням, та захворювань гепатобіліарної системи, що ґрунтуються на сучасних лабораторних дослідженнях.

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

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Для реалізації поставленої мети нами обстежено 70 пацієнтів із ІХС, які знаходилися на диспансерному обліку в дільничного терапевта та лікувались у денному стаціонарі поліклініки миської клінічної лікарні № 2. Жінок було 37, чоловіків – 33. Середній вік (42±4,7) року. Пацієнтів поділили на дві групи. Першу групу склали 35 хворих на ІХС, у яких при обстеженні було виявлено ЖКХ. У другу, контрольну групу, увійшло стільки ж хворих, але без біліарної патології.

Діагноз ЖКХ підтверджували відповідно до наказу МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р. і стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення: на підставі даних анамнезу, клінічного та інструментального обстеження (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини) з обов'язковим врахуванням даних загальноприйнятих біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки. Діагноз ІХС встановлювали на підставі даних анамнезу, клінічного, лабораторного (ліпідограма), інструментальних досліджень (електрокардіографія, ехокардіоскопія). Оцінку якості об'єктивізації стану проводили за великим числом критеріїв, але пріоритетними були: клінічний варіант перебігу ІХС, тяжкість перебігу хвороби, кількість та інтенсивність нападів стенокардії, характер ускладнень, ефективність лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Аналіз отриманих даних свідчить про те, що у хворих із поєднаною патологією спостерігають негативну синтропію між ІХС та ЖКХ. Так, в першій групі стенокардія була більш тяжких класів: з ІІІ ФК у цій групі було 17 осіб (48,6 %), з ІV ФК – 8 (22,8 %). У другій групі відповідно ІІ ФК був у 11 хворих (34,5 %), ІІІ 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 першої 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 ІХС і ЖКХ виявлено одночасно. Для хворих з мікст-патологією характерними були: більша тривалість та інтенсивність нападів стенокардії, що вимагало збільшен-

ня доз кардіологічних препаратів, більший показник інфаркту міокарда (відповідно 21 (60 %) і 12 (34,2 %), частий розвиток серцевої недостатності (відповідно 22 (62,9 %) і 11 (31,4 %)). Підтвердженням того 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 спостерігають у 22 хворих (62,9 %), що більше, ніж у контролі. У хворих з поєднаною патологією при клінічно вираженому перебігу ЖКХ частіше виявлялися атеросклеротичні бляшки по-

рівняно 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 (табл.). Гіпертригліцеридемію було виявлено у 29 (82,3 %) хворих в основній групі й у 19 (54,3 %) пацієнтів у контрольній групі. Рівень тригліцеридів у сироватці крові хворих першої групи коливався від 3,7 до 4,43 ммоль/л.

Таблиця. Показники ліпідограми хворих на ІХС (M±m)

| Показник | Перша група, n=35 | Друга 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-ліпопротеїди, 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* |
| ЛПДНЩ, 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.

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

ВИСНОВКИ Таким чином, не заперечуючи значення рефлекторного компонента розвитку негативного характеру синтропії 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 жовчного міхура може поліпшити функціональний стан міокарда як у хворих з коронарсклерозом, так і у хворих із незмінними вінцевими судинами.

Перспективним є підбір оптимальної стратегії ведення коморбідних станів при поєднаній патології жовчовивідних шляхів та ІХС.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белялов Ф. И. Ишемическая болезнь сердца и патология билиарной системы / Ф. И. Белялов, С. Буянт, Е. В. Суханова // Сочетанные заболевания внутренних органов в терапевтической практике : матер. I Межрегион. конф. – Иркутск, 2007. – С. 32–37.
2. ВОЗ за 60 лет: хронология основных событий в области общественного здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2008. – 5 с.
3. Щербинина М. Б. Современная классификация желчнокаменной болезни / М. Б. Щербинина // Здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 22–23.
4. Cigarette smoking, alcohol use, and gallstone risk in Japanese men / S. Kono, Eguchiri, S. Honjo [et al.] // Digestion. – 2002. – Vol. 65 (3). – P. 177–183.
5. The burden of selected digestive diseases in the United States / R. S. Sandler, J. E. Everhart, M. Donowitz [et al.] // Gastroenterology. – 2002. – Vol. 122. – P. 632–639.

Отримано 03.02.12