

УДК 16.12-005.4-089.86:616.366]-036

*Л.М. Стрільчук, Д.І. Беш, О.І. Рафалюк**

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАНУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ, ЯКИМ ПРОВЕДЕНО АОРТО-КОРОНАРНЕ ШУНТУВАННЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

* Львівський обласний державний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр

Резюме. Клінічні прояви патології серця за умов уражень жовчного міхура (ЖМ) є неспецифічними, оскільки їх поширеність та механізми асоціації дотепер залишаються невивченими, що зумовлює актуальність дослідження. З метою визначення клінічних особливостей перебігу ішемічної хвороби серця (ІХС) в осіб, яким проведено аорто-коронарне шунтування (АКШ), залежно від стану жовчного міхура проаналізовано особливості клінічного перебігу ІХС у 95 хворих (40 % з гострим інфарктом міокарда (ГІМ) і 60 % із стенокардією), яким було проведено АКШ, з них 21 % жінок та 79 % чоловіків, середній вік $61,9 \pm 1,8$ року. ЖМ був інтактним у 30,5 % пацієнтів, біліарний сладж та перерізи тіла ЖМ виявлені у 13,7 % кожен, деформація шийки ЖМ – у 27,4 %, холелітіаз – у 10,5 %, стан після холецистектомії – у 4,2 %. Встановлені особливості перебігу ІХС у пацієнтів з АКШ залежно від стану ЖМ. Так, у підгрупі з біліарним сладжем було більше жінок та менше чоловіків, ніж при інтактному ЖМ, спостерігалась однакова частка ГІМ та стенокардій, мінімальна частота артеріальної гіпертензії (АГ) (92,3 %), однак максимальна частота ожиріння (92,3 %) та найчастіше серед усіх підгруп виявлялося зменшення систолічної функції лівого шлуночка (69,2 %, усі $p < 0,05$). Серед осіб із перегином ЖМ були тільки чоловіки із супут-

ньою АГ, питома частка стенокардій перевищувала ГІМ та виявлялася максимальна частота екстрасистолій (30,8 %). Підгрупа з деформаціями шийки ЖМ була найчисленнішою (27,4 %). У цій підгрупі причиною АКШ істотно частіше була стенокардія, ніж ГІМ, найчастіше серед усіх підгруп виявлявся постінфарктний кардіосклероз. У цій підгрупі було більше жінок та менше чоловіків, ніж при інтактному ЖМ та його перегино, у всіх спостерігалась супутня АГ, виявлялась найвища частота цукрового діабету (23,1 %) та максимальна поширеність екстрасистолій (30,8 %). Пацієнти з холелітіазом були істотно старшими, у підгрупі виявлена найвища частка жінок (40,0 %), причиною АКШ частіше була стенокардія (найчастіше серед усіх груп), ніж ГІМ, в усіх осіб відзначалась АГ, однак поширеність ожиріння мінімальна (40,0 %), частіше спостерігалась фібриляція передсердь (50,0 %), у тому числі пароксизмальна форма (40,0 %). Перспективним є вивчення структурно-функціонального стану серця та метаболічного фону залежно від стану ЖМ та методів фармакологічної корекції.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, аорто-коронарне шунтування, біліарний сладж, деформація жовчного міхура, холелітіаз.

Вступ. Змінам серця при ураженнях жовчного міхура (холецистокардіальний синдром) дотепер не приділяється належної уваги, оскільки з основними їх клінічними проявами та наслідками найчастіше зустрічаються або нарізно кардіологи, сімейні лікарі та терапевти, або хірурги. Клінічні прояви патології серця є неспецифічними, дотепер чітко не встановленими, а механізми асоціації уражень жовчного міхура (ЖМ) та серця погано зрозумілі [4]. Описано, що холецистокардіальний синдром переважно починається з гострого стенокардитичного болю, подеколи зі зміною артеріального тиску, що за умов немолодого віку пацієнта, попереднього анамнезу кардіоваскулярних захворювань та виявлених змін на електрокардіограмі стає підставою госпіталізації хворих до кардіологічного відділення [2]. Також до проявів холецистокардіального синдрому відносять задишку за умов запальних уражень ЖМ [1] та погіршення перебігу вже існуючої ішемічної хвороби серця (ІХС). Так, у хворих із поєднаною патологією описані більш часті та тяжкі напади стенокардії, які полегшуються після холецистектомії [6], часті кардіалгії, більша поширеність та іррадіація болю, потреба збільшення дози медикаментів для лікування [3], що свідчить про патогенетичні інтерференційні синтропічні зв'язки таких уражень.

Мета дослідження. Визначити клінічні особливості перебігу ІХС у хворих, яким проведено аорто-коронарне шунтування (АКШ), залежно від стану жовчного міхура.

Матеріал і методи. Проаналізовано особливості клінічного перебігу ІХС у 95 пацієнтів (38 (40 %) з гострим інфарктом міокарда і 57 (60 %) із нестабільною стенокардією), яким у кардіохірургічному відділенні Львівського обласного державного клінічного лікувально-діагностичного кардіологічного центру проведено АКШ, з них 20 (21 %) жінок та 75 (79 %) чоловіків, середній вік $61,9 \pm 1,8$ року. Діагноз, обстеження та лікування проведені відповідно до наказів МОЗ про надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія». Крім анамнестичних даних, оцінювались підстави для АКШ (інфаркт міокарда чи нестабільна стенокардія), наявність перенесеного інфаркту в анамнезі, ураження клапанного апарату, усі порушення ритму та провідності, у тому числі, тимчасові, наявність гострої або хронічної серцевої недостатності, стан систолічної функції, наявність аневризми шлуночка чи штучного водія ритму, супутні артеріальна гіпертензія, ожиріння, цукровий діабет. Цифрові дані статистично опрацьовані з використанням програмного забезпечення Statistica 6.0. За поріг істотності прийнято $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення.

Встановлено, що пацієнти різнилися за станом ЖМ, який виявився інтактним лише у 29 (30,5 %) з 95 хворих. У групі інтактного ЖМ (n=29) були тільки чоловіки віком $61,21 \pm 1,33$ року із середнім ризиком оперативного втручання $5,54 \pm 0,78$ %, визначеному онлайн за шкалою EuroScore (<http://www.euroscore.org/calc.html>). Середня тривалість стаціонарного лікування склала $16,8 \pm 0,6$ дня. АКШ проводилось однаково часто з приводу гострого інфаркту міокарда (15/29, 51,7 %) та нестабільної стенокардії (14/29, 48,3 %, $p > 0,05$). У 28/29 (96,5 %) пацієнтів виявлена артеріальна гіпертензія, у 22/29 (75,9 %) – аліментарно-конституційне ожиріння, у 3/29 (10,3 %) – цукровий діабет (ЦД) 2-го типу.

У решти 66/95 (69,5 %) пацієнтів із клінічно та коронароангіографічно підтвердженим діагнозом ІХС встановлені різні зміни ЖМ, які за ступенем ураження можна градуювати таким чином: зміну фізико-хімічних властивостей жовчі у вигляді підвищення її густини і зниження однорідності (біліарний сладж) діагностовано у 13/95 (13,7 %) пацієнтів, з них 9 (69,2 %) чоловіків та 4 (30,8 %) жінки ($p < 0,05$ порівняно з чоловіками цієї підгрупи та з пацієнтами з інтактним ЖМ) віком $60,46 \pm 1,97$ року з найвищим серед усіх груп середнім ризиком оперативного втручання $9,56 \pm 3,61$ % (різниця на межі істотності, $p = 0,07$), тривалість стаціонарного лікування $17,8 \pm 1,7$ дня. АКШ у цій групі також проводилось однаково часто з приводу гострого інфаркту міокарда (7/13, 53,8 %) та нестабільної стенокардії (6/13, 46,1 %, $p > 0,05$). Густа жовч тяжче залишає жовчний міхур і більш тривало затримується в його просвіті, внаслідок чого створюються сприятливі умови для інфільтрації стінок ЖМ надлишками ефірів холестерину, що ще більше порушує процес скорочення міхура і створює умови для його розтягнення і холелітазу. У пацієнтів зі сладжем найчастіше серед усіх груп спостерігалось ожиріння (12/13 (92,3 %), $p < 0,05$), дещо частіше, ніж за умов інтактного ЖМ, ЦД (2/13 (15,4 %), $p > 0,05$) та навпаки, дещо рідше – артеріальна гіпертензія (12/13, 92,3 %, $p > 0,05$).

З аналогічною поширеністю (13/95, 13,7 % пацієнтів) спостерігались перегини тіла ЖМ. Їх виявляли тільки в чоловіків (істотно частіше, ніж у підгрупі зі сладжем) із тривалістю стаціонарного лікування $17,1 \pm 1,0$ дня, оперативним ризиком $6,13 \pm 1,38$ %. В усіх пацієнтів із перегином ЖМ (100 %) виявлена артеріальна гіпертензія (істотно частіше, ніж за умов біліарного сладжу, $p < 0,05$), аліментарно-конституційне ожиріння діагностовано у 76,9 %, ЦД – у 15,4 % осіб цієї групи ($p > 0,05$ порівняно з інтактним ЖМ та сладжем).

Серед змін ЖМ найчастішими були деформації в ділянці шийки (26/95, 27,4 %), що переважно є наслідком запального процесу (холециститу) і створює перешкоди нормальному відтоку жовчі та призводить до перерозтягнення ЖМ. Шийка ЖМ має певні морфологічні особли-

вості. Так, у ній слизова оболонка утворює спіральну складку, яка зникає за умов розтягнення. У шийці є більша частка сполучної тканини, ніж в інших відділах, у ній є залози, відсутні в інших відділах міхура, та наявні два судинних шари як в усіх жовчних протоках – власні капіляри та артеріоли з венулами [5]. Підвищення щільності та товщини стінки шийки ЖМ належить до ознак холестерозу, а її деформації – холециститу. На відміну від груп з інтактним ЖМ та перегином ЖМ, у групі з деформаціями шийки міхура були як чоловіки (17/26, 65,4 %, обидва $p < 0,05$), так і жінки (9/26, 34,6 %, обидва $p < 0,05$), тривалість стаціонарного лікування $17,9 \pm 1,6$ дня, оперативний ризик $4,85 \pm 0,48$ % (найнижчий серед усіх груп, однак різниця неістотна). На відміну від попередніх груп, АКШ істотно частіше проводилось з приводу стенокардії (18/26, 69,2 %, $p < 0,05$ порівняно з підгрупою з інтактним ЖМ) і у два рази рідше з приводу гострого інфаркту міокарда (8/26, 30,8 %, $p < 0,05$ порівняно з частотою нестабільної стенокардії і з підгрупою з інтактним ЖМ). Усі пацієнти мали артеріальну гіпертензію, як і пацієнти з перегином міхура (різниця істотна порівняно з інтактним ЖМ та підгрупою зі сладжем). Супутнє ожиріння діагностовано у 17/26 пацієнтів (65,4 %) ($p < 0,05$ порівняно зі сладжем), а частота ЦД була максимальною серед усіх підгруп (6/26 (23,1 %)), хоча різниця і не досягла рівня істотності.

У 10/95 (10,5 %) пацієнтів були виявлені камені в ЖМ – 6 (60,0 %) чоловіків та 4 (40,0 %) жінки, тобто, частка жінок була найвищою серед осіб із холелітазом (істотно порівняно з інтактним ЖМ та перегином ЖМ, де жінок взагалі не було). Середній вік пацієнтів із холелітазом виявився найвищим – $67,8 \pm 1,9$ року (різниця істотна порівняно з усіма іншими підгрупами, усі $p < 0,05$), тривалість ліжко-дня не різнилась від інших підгруп ($17,7 \pm 1,1$ дня), як і оперативний ризик ($6,69 \pm 2,19$ %). Питома частка стенокардії була максимальною серед усіх груп (7/10, 70,0 %, $p < 0,05$ порівняно з частотою інфаркту в підгрупі) та, відповідно, мінімальна частка інфаркту (4/10, 40,0 %, хоча у більшості випадків він був повторним – 66,6 %). Як і в пацієнтів з перегином міхура та деформаціями шийки, в усіх осіб із каменями в ЖМ реєструвалась артеріальна гіпертензія (100 %, різниця істотна порівняно зі сладжем), тоді як частота ожиріння була мінімальною серед усіх підгруп (40,0 %, $p < 0,05$ порівняно з інтактним ЖМ та сладжем), ЦД діагностований у 2/10 пацієнтів (20,0 %).

ЖМ був раніше видалений у 4/95 (4,2 %) осіб, з них три жінки, один чоловік, аналогічного віку (60,25 року), ліжко-день 19,75 дня, післяопераційний ризик 6,58 %; АКШ із приводу нестабільної стенокардії у трьох пацієнтів, інфаркту – в одного; фібриляція передсердь, пароксизмальна форма діагностована в одного, зменшення систолічної функції лівого шлуночка – у двох, в усіх

виявлялась супутня артеріальна гіпертензія і у двох – аліментарно-конституційне ожиріння.

Аналіз клінічних особливостей перебігу ІХС, проведений за частотою інфаркту міокарда в анамнезі, уражень клапанного апарату, порушень ритму та провідності, гострої та хронічної серцевої недостатності, систолічної дисфункції, аневризми лівого шлуночка чи потреби у штучному водії ритму, показав, що підгрупи з різним станом ЖМ не відрізнялися за поширеністю уражень клапанного апарату, блокад, гострої серцевої недостатності та аневризми лівого шлуночка. Однак з прогресуванням ураження ЖМ зростала частота фібриляції передсердь, у тому числі її пароксизмальної форми, досягаючи максимуму серед осіб із холелітазом (5/10 (50,0 %) та 4/10 (40,0 %), $p < 0,05$ порівняно з підгрупами з перегином ЖМ та деформаціями шийки ЖМ). Серед усіх підгруп максимальна частота пароксизмів надшлуночкової тахікардії спостерігалася серед осіб із сладжем та перегином ЖМ (по 7,7 %), екстрасистолії – із перегином ЖМ (30,8 %) та біліарним сладжем (15,4 %). Серед усіх підгруп зі змінами ЖМ тільки пацієнти з деформаціями шийки потребували штучного водія ритму (7,7 %). Найчастіше зменшення систолічної функції лівого шлуночка реєструвалось у хворих із сладжем (9/13, 69,2 %, $p < 0,05$ порівняно з усіма іншими підгрупами).

Висновки

1. Особливості ішемічної хвороби серця пацієнтів з аорто-коронарним шунтуванням та біліарним сладжем: більше жінок та менше чоловіків, ніж при інтактному жовчному міхурі, однакова частка інфарктів та нестабільної стенокардії як показання до аорто-коронарного шунтування, серед усіх груп – мінімальна частота артеріальної гіпертензії, однак максимальна частота ожиріння, найчастіше серед усіх підгруп зменшення систолічної функції лівого шлуночка (69,2 %, усі $p < 0,05$).

2. Серед осіб із перегином жовчного міхура усі чоловіки, супутня артеріальна гіпертензія у 100 %, питома частка стенокардій перевищує інфаркти, найвища частота екстрасистолій (30,8 %).

3. Підгрупа з деформаціями шийки жовчного міхура була найчисленнішою (27,4 %), причиною аорто-коронарного шунтування істотно частіше була стенокардія, ніж інфаркт, найчастіше серед усіх підгруп був постінфарктний кардіосклероз, більше жінок та менше чоловіків, ніж при інтактному жовчному міхурі та його перегині, у всіх супутня артеріальна гіпертензія, найвища частота цукрового діабету (23,1 %), максимальна поширеність екстрасистолій (30,8 %).

4. Пацієнти з холелітазом були істотно старшими, найвища частка жінок (40,0 %), причиною аорто-коронарного шунтування частіше була стенокардія (найчастіше серед усіх груп), ніж інфаркт, в усіх осіб – артеріальна гіпертензія, але мінімальна поширеність ожиріння (40,0 %), частіше фібриляція передсердь (50,0 %), у тому числі пароксизмальна форма (40,0 %).

Перспективним є вивчення структурно-функціонального стану серця та метаболічного фону залежно від стану жовчного міхура та методів фармакологічної корекції.

Література

1. Ветшев П.С. Холестерокардиальний синдром – миф или реальность / П.С. Ветшев, П.В. Ногтев // Хирургия. Ж. им. Пирогова. – 2005. – № 3. – Електр. ресурс: <http://www.mediasphera.ru/journals/pirogov/detail/439/6587/>
2. Орешин А.Ю. Атипичное течение острого деструктивного холецистита/ А.Ю.Орешин, А.В. Быков // Вестн. ВолГМУ. – 2011. – Вып. 3. – С. 113-116.
3. Хронічний некаменевий холецистит та ішемічна хвороба серця: клінічні особливості поєданого перебігу / І.В. Трефаненко, Н.Д. Павлюкович, О.В. Павлюкович [та ін.] // Вісн. пробл. біол. і мед. – 2013. – Вып. 3, Т. 1, № 12. – С. 231-233.
4. Demarchi M.S. Electrocardiographic Changes and False-Positive Troponin I in a Patient with Acute Cholecystitis / M.S. Demarchi, L. Regusci, F. Fasolini // Case Rep Gastroenterol. – 2012. – Vol. 6, № 2. – P. 410-414.
5. Prozorowska E. Light microscopy and scanning electron microscopy study on microstructure of gallbladder mucosa in pig / E. Prozorowska, H. Jackowiak // Microsc. Res. Tech. – 2015. – Vol. 78, № 3. – P. 220-229.
6. Viscero-visceral hyperalgesia: characterization in different clinical models / M.A. Giamberardino, R. Costantini, G. Affaitati, [et al.] // Pain. – 2010. – Vol. 151, № 2. – P. 307-322.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ, КОТОРЫМ ПРОВЕДЕНО АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

*Л.Н. Стрильчук, Д.И. Беш, О.И. Рафалюк**

Резюме. Клинические проявления патологии сердца на фоне поражений желчного пузыря (ЖП) неспецифичны, поскольку их распространение и механизмы ассоциации до сих пор остаются неопределены, что обосновывает актуальность исследования. С целью определения клинических особенностей течения ишемической болезни сердца (ИБС) у больных, которым проведено аорто-коронарное шунтирование (АКШ), в зависимости от состояния желчного пузыря проанализировано особенности клинического течения ИБС у 95 больных (40 % с инфарктом миокарда и 60 % со стенокардией), из них 21 % женщин и 79 % мужчин, средний возраст $61,9 \pm 1,8$ года. ЖП был интактным у 30,5 % больных, билиарный сладж и перегибы тела ЖП – по 13,7 %, деформация шейки ЖП – 27,4 %, холелитиаз – 10,5 %, состояние после холецистэктомии – 4,2 %. Установлены особенности течения ИБС у пациентов с АКШ в зависимости от состояния ЖП. Так, в подгруппе с билиарным сладжем больше женщин и меньше мужчин, чем при интактном ЖП, одинаковая частота инфарктов и стенокардий как показания для АКШ, минимальная час-

тота артеріальної гіпертензії (92,3 %), однак максимальна частота ожирення (92,3 %), середі всіх підгруп частіше всього виявлялось зниження систолическої функції лівого шлуночка (69,2 %, все $p < 0,05$). Середі осіб з перегибом тіла ЖП були тільки чоловіки з супутньою артеріальною гіпертензією, удільний вага стенокардії перевищував інфаркти, найбільша частота екстрасистолій (30,8 %). Підгрупа з деформаціями шийки ЖП була найчисленнішою (27,4 %), причиною АКШ достовірно частіше була стенокардія, ніж інфаркт, частіше порівняно з іншими групами був постінфарктний кардіосклероз, в підгрупі було більше жінок і менше чоловіків, ніж при інтактному ЖП і перегибі його тіла, у всіх була супутня артеріальна гіпертензія, максимальна частота цукрового діабету (23,1 %) і екстрасистолій (30,8 %). Хворі з холелітіазом були достовірно старшими, середі них спостерігалась найбільша частка жінок (40,0 %), причиною АКШ достовірно частіше була стенокардія (найбільша частота середі всіх підгруп), ніж інфаркт, у всіх пацієнтів – артеріальна гіпертензія, але мінімальне поширення ожирення (40,0 %), достовірно частіше фібриляція передсердь (50,0 %), в тому числі пароксизмальна форма (40,0 %). Перспективним вважається дослідження структурно-функціонального стану серця і метаболічного фону в залежності від стану ЖП і методів фармакологічної корекції.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, аорто-коронарне шунтування, біліарний сладж, деформації жовчного міхура, холелітіаз.

CLINICAL PECULIARITIES OF COURSE OF ISCHEMIC HEART DISEASE DEPENDING ON GALLBLADDER CONDITION IN PATIENTS, WHO UNDERWENT CORONARY BYPASS SURGERY

*L.M. Strilchuk, D.I. Besh, O.I. Rafalyuk**

Abstract. Clinical displays of heart pathology on the background of gallbladder (GB) abnormalities are non-specific. Their prevalence and association patterns are still not clear, which determines relevance of this research. Investigation aim was to establish the clinical peculiarities of ischemic heart disease (IHD) course depending on GB condition in patients who underwent coronary bypass surgery (CBS). We analyzed peculiarities of clinical course of IHD in 95 patients (40 % with acute myocardial infarction (AMI) and 60 % with angina pectoris (AP)), who underwent CBS. Investigation group included 21 % of women and 79 % of men, mean aged – $61,9 \pm 1,8$ years. GB was intact in 30,5 % patients, biliary sludge and bent GB body were revealed in 13,7 % each, deformations of GB neck – in 27,4 %, cholelithiasis – in 10,5 %, post-cholecystectomy condition – in 4,2 %. We revealed some peculiarities of IHD course in patients after CBS depending on GB condition. In subgroup with biliary sludge there were more women and fewer men than in intact GB subgroup, equal share of AMI and AP, minimal incidence of arterial hypertension (92,3 %), but maximal incidence of obesity (92,3 %) and the most frequent decrease of left ventricle systolic function comparing to other groups (69,2 %, all $p < 0,05$). Participants with bent GB included only men with concomitant arterial hypertension. In this group percentage share of AP was higher than AMI and extrasystoles incidence was one of the highest (30,8 %). Subgroup with GB neck deformations was the most numerous (27,4 %). In this subgroup CBS was significantly more frequently caused by AP than AMI and postinfarction cardiosclerosis was revealed the most often. This subgroup included more women and fewer men than intact GB and bent GB subgroups; all patients had concomitant arterial hypertension. Subgroup with GB neck deformation also was characterized by the highest incidence of diabetes mellitus (23,1 %) and extrasystoles (30,8 %). Patients with cholelithiasis were significantly older and included the biggest share of women (40,0 %). In this subgroup CBS was significantly more often caused by AP (the most often among all groups) than AMI, all patients had arterial hypertension, but incidence of obesity was minimal (40,0 %). These patients significantly more often had atrial fibrillation (50,0 %), including paroxysmal type (40,0 %). Investigation of structural-functional heart condition and metabolic background depending on GB condition and methods of pharmacological correction is a promising field for future researches.

Key words: ischemic heart disease, coronary bypass surgery, biliary sludge, gallbladder deformations, cholelithiasis.

Danylo Halytsky National Medical University (Lviv)

* Lviv regional state clinical therapeutic and diagnostic cardiologic centre

Рецензент – проф. Т.О. Ілащук

Buk. Med. Herald. – 2017. – Vol. 21, № 1 (81). – P. 160-163

Надійшла до редакції 05.12.2016 року