Міністерство охорони здоров'я України
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
ГО «Прикарпатське товариство терапевтів»

II МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИТАННЯ: СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ» (ПРИСВЯЧЕНА ПАМ'ЯТІ АКАДЕМІКА НАМН УКРАЇНИ Є.М.НЕЙКА)

ЗБІРНИК ТЕЗ

6-7 жовтня 2016 р.

Івано-Франківськ-Яремче

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Вакалюк Ігор Петрович – проректор з наукової роботи ІФНМУ, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини №2 та медсестринства.

Яцишин Роман Іванович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. академіка Нейка Є.М.

Гавриш Ігор Тарасович – кандидат медичних наук, доцент кафедри кафедри внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. академіка Нейка Є.М.

ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ЯК ФАКТОР АТЕРОГЕНЕЗУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Бачук-Понич Н.В., Бойко Б.В.
«ДВНЗ» Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Поліморбідність захворювань у сучасному світі набуває дедалі більшого значення, адже супутня патологія впливає на клінічну картину, перебіг захворювання, сприяє поліпрагмазії. Незважаючи на інтенсивні дослідження, ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається поширеною патологією у всіх країнах поряд із достовірним збільшенням кількості пацієнтів із хворобами жовчо-вивідних шляхів, зокрема, хронічного холециститу (ХХ). Єдність у патогенетичному аспекті ІХС та ХХ обумовлена поєднанням таких патологічних процесів як запалення, оксидативний стрес та атеросклероз. Відомо, що в атерогенезі відіграють роль бактеріальні збудники, які трансформують запалення в атеросклероз. Зважаючи на те, що ХХ є постійним вогнищем інфекції, у хворих на ІХС відбувається прогресування коронарного атеросклерозу.

Метою дослідження було вивчення особливостей клініки і перебігу ІХС у хворих із супутнім ХХ. Обстежено 102 хворих на ІХС, стабільну стенокардію напруження ІІ-ІІІ функціонального класу віком від 45 до 70 років, з них у 55 осіб (53,92%) виявлено хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ), у 25 (24,51%) – хронічний калькульозний холецистит (ХКХ), у 22 (21,57%) –ІХС без проявів холециститу.

Встановлено, що при поєднаному перебігу ІХС та ХХ лише у 1/3 осіб скарги з боку біліарної системи відповідали ультрасонографічним змінам, інші пацієнти скарг не пред'являли. Клінічно значимі прояви вісцеро-коронарного синдрому Боткіна відмічені, зокрема, у ¼ пацієнтів із супутнім ХКХ у вигляді почастішання нападів стенокардії, в т.ч. у зв'язку з посиленням болю у правому підребер'ї, епізодів екстрасистолій, і в основному в осіб після 50 років та за наявності більш значних ішемічних змін на ЕКГ, що свідчить про можливість появи цього синдрому не тільки за наявності значного калькульозу, але й відповідних атеросклеротичних змін коронарних судин та метаболічних – у самому міокарді. За даними холтерівського моніторування ЕКГ епізоди больової (БІМ) та безбольової ішемії міокарда (ББІМ) виявлені у 2/3 цієї групи хворих, у той час як при некалькульозній формі холециститу епізоди БІМ та ББІМ були лише на 10,9% частіше, ніж у пацієнтів без ХХ. За біохімічними даними у хворих із ХНХ встановлено підвищення рівнів загального холестерину та тригліцеридів у крові (відповідно до 5, 7±0,27 та 2,27±0,13 ммоль/л), а при ХКХ – достовірне їх підвищення (відповідно до 7,08±0,47 та 2,49±0,23 ммоль/л, $p<0,05$) у порівнянні із групою осіб без ХХ (дані показники становили 5,75±0,45 та 2,16±0,18 ммоль/л). Ультрасонографічно у половини хворих із ХНХ та 2/3 із ХКХ виявлені гіпотонічні явища жовчного міхура, що ймовірно, зумовлено дією засобів для лікування ІХС: нітратів, бетаблокаторів, антагоністів кальцію.

Хронічний холецистит, як калькульозна так і некалькульозна його форми, є скритим фактором ризику прогресування ішемічної хвороби серця, що ускладнює лікувальний процес і вимагає застосування лікарських засобів, які володіють поліорганною дією, впливом на неспецифічні метаболічні ланки, властиві багатьом захворюванням.