



Особенности Течения Желчно-Каменной Болезни У Больных Ишемической Болезнью Сердца

1. Кодирова Ш. А.
2. Аляви А. Л.
3. Жаббаров О. О.
4. Ходжанова Ш. И.
5. Турсунова Л. Д.
6. Надирова Ю. И.

Аннотация: Патология билиарной системы является одним из факторов риска ишемической болезни сердца. Отрицательные влияния билиарной патологии на коронарное обеспечение миокарда описывались достаточно давно. Кроме ухудшения коронарного кровообращения, описаны варианты билиарно-кардиального синдрома в виде кардиалгий, нарушений сердечного ритма и проводимости. Заболевания желчного пузыря и ИБС имеют очень много общих факторов риска.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, ишемическая болезнь сердца, сердечно-сосудистая система, факторы риска

Received 2nd Jan 2023,
Accepted 3rd Feb 2023,
Online 28th Mar 2023

^{1,2,3,4,5,6} Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) считается одним из самых распространенных заболеваний и уступает лишь атеросклерозу, оставив позади язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Так, по сведениям различных авторов, ЖКБ выявляется у 10 - 40% населения различных возрастов [1]. Распространённость ЖКБ колеблется в широких пределах в зависимости от региона. По данным результатов исследований западных странах она составляет примерно 7,9% у мужчин и 16, 6% у женщин, в странах Азии в пределах от 3% до 15%, реже встречаемость холедохолитиаза среди населения Африки и жителей крайнего Севера, где она не превышает 5%. Также имеется различия по этническим группам, например очень высокая частота встречаемости этого заболевания у женщин-индейцев племени Пима, где она достигает 73%, так же высока встречаемость среди коренных жителей США (до 63%) , испанских и мексиканских женщин [3]. ЖКБ страдают в России среди обследованного населения 3-12%, а в Москве до 22 % [1,2]. Частота образования желчных камней увеличивается с возрастом, достигая 45-50% у женщин старше 80 лет. [3,7]. Имеются данные, что билиарная патология встречается чаще среди городского населения по сравнению с жителями села[6,8].

Последние годы нарастает ее частота в сочетании с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в частности с ишемической болезни сердца (ИБС). Взаимосвязь ЖКБ и ИБС описана в

литературе еще в начале XX века. Весьма дальновидным в середине первой половины XX столетия был основоположник клинического мышления С.П. Боткин, который указывал на взаимосвязь заболеваний желчевыводящих путей и сердца.

Результаты метаанализа, опубликованные в журнале «Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology», показали, что желчнокаменная болезнь и патология сердечно-сосудистой системы связаны в большей степени, чем считалось ранее. Метаанализ показал, что у лиц с желчнокаменной болезнью в анамнезе риск развития ишемической болезни сердца повышался на 23%. [7,9,10]. В настоящее время также известно, что заболевания желчного пузыря и ИБС имеют очень много общих факторов риска: избыточное употребление жирной и высококалорийной пищи, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, повышенный уровень артериального давления, малоподвижный образ жизни, ожирение, курение, средний и старший возраст (Григорьева И.Н., 2002, Оганов Р.Г., 2006, Assmann G. Schultell.,1994, Konnel W., 1987). Для выявления данной взаимосвязи ученые провели метаанализ исследований с участием более 840 тыс. человек, включая 50 тыс. лиц с ишемической болезнью сердца [7,12,13].

Женский пол является основным фактором риска развития ЖКБ. Этот факт усиливается тем, что увеличение заболеваемости среди женщин холестериновым холедохолитиазом начинается уже с периода полового созревания, тогда как у мужчин она не связана с гормональными перестройками. В возрасте до 25 лет у женщин камни в желчном пузыре обнаруживают в 3,1%-4,8% случаев. Женщины страдают холестериновым холедохолитиазом в 2-6 раз чаще мужчин [3,4,14].

Также результаты исследований с участием более 260 тыс. пациентов продемонстрировал, что у лиц с камнями в желчном пузыре и без ожирения, сахарного диабета и артериальной гипертензии в анамнезе отмечался более высокий риск развития ишемической болезни сердца, по сравнению с лицами без желчнокаменной болезни, но с ожирением, сахарным диабетом и артериальной гипертензией. Другими словами, вне зависимости от факторов риска само по себе наличие камней в желчном пузыре может повысить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний [7,15].

Изучая данной проблемы китайскими учеными было проведено клиническое исследование, одним из этапов которого явился обязательный ангиографический контроль (коронарография) исследуемых групп пациентов с ЖКБ. Полученные результаты дали основание считать, что дальнейшие разработки в решении данной проблеме должны четко сводиться к более современным скрининговым методам исследования, так как они до сих пор не были широко применены в клинических исследованиях [4].

По данным ряд авторов отрицательные влияния билиарной патологии на коронарное обеспечение миокарда описывались достаточно давно. Кроме ухудшения коронарного кровообращения, описаны варианты билиарно-кардиального синдрома в виде кардиалгий, нарушений сердечного ритма и проводимости, перикардита, одышки. Следует отметить, что билиарная колика и острый холецистит могут вызвать неспецифические электрокардиографические изменения ST-T.

Цель: изучить особенности клинического течения и факторы риска желчнокаменной болезни с сопутствующей ишемической болезни сердца .

Материалы исследования: Под наблюдением находились 42 больных с ЖКБ находившихся на стационарном лечении клинической больницы №1. Женщин было 26, мужчин – 16. Средний возраст $57 \pm 4,7$ лет.

Первую (основную) группу составили 22 больных ЖКБ, у которых при обследовании была выявлена ИБС. Во вторую (контрольную) группу вошло 20 больных, но без сердечной патологии. Диагноз ЖКБ подтверждалась при ультразвуковом исследовании, а также типичными приступами желчной колики. Наряду с этим исследовался широкий спектр биохимических констант, характеризующих функциональное состояние печени, липидный и белковый обмен. Проводилось также электрокардиографическое и эхокардиографическое исследования. Диагноз ИБС верифицировался перенесенным инфарктом миокарда, типичными приступами стенокардии, данными инструментальных методов исследования.

Результаты исследований: Анализ полученных данных свидетельствует о том, что у больных с микстпатологией наблюдается отрицательная синтропия между ЖКБ и ИБС. В основной группе стенокардия была более тяжелых классов. Так, с III ф.к. в этой группе было 12 человек (54,5%), с IV ф.к. – 5 (22,7%). Кардиалгии выявлялись у (56%) пациентов и характеризовались как сжимающие (47,6%), колющие боли (27%) в левой половине грудной клетки (43%), с иррадиацией в левую руку (39%), возникали после нарушения диеты (58%), продолжительностью несколько минут, часто резистентные к нитратам. На ЭКГ у пациентов с билиарной патологией имелись следующие изменения, которые были присущи больным ИБС: смещение ST на 1-2 мм в 39%, высокий зубец T в 22%, дистрофические и метаболические изменения 35%, нарушение функции возбудимости 24%, гипертрофия левого желудочка наблюдалась в 58% случаев.

Наблюдалось частое развитие сердечной недостаточности 14 (63,6%) случаев. Подтверждением тому является также показатель фракции желудочка при доплеркардиографии – в основной группе больных был снижен у 9 (40,9%) больных, в контрольной – не наблюдалась. В контрольной группе соответственно кардиалгии выявлялись в 16% случаев, наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы наблюдалась у 6 больных (30%). У 8 больных первой группы в 38,3% случаев раньше появились признаки ИБС у 9 (40,9%) было наоборот, и только у 4 (18,1%) больных ИБС и ЖКБ выявлены одновременно.

Также надо отметить, что сочетание ЖКБ и ИБС имели очень много общих факторов риска: избыточное употребление жирной и высококалорийной пищи-57%, гиперхолестеринемия-57%, артериальную гипертензию-46%, ожирение-65%, курение-43%, средний и старший возраст - 58%, а в основной группе отягощенная наследственность по ИБС наблюдалась у 10 (50%) больных, в контрольной – 3 - 15%).

Выводы:

1. Имеется единый механизм в развитии патологии билиарной системы и ИБС, так как гиперхолестеринемия, гиперлипидемия являются отражением сложных нейро-гуморальных метаболических сдвигов и влияния других факторов, играющих важную роль формировании атеросклероза и образовании камней.
2. Фоновая сердечно-сосудистая патология (факторы риска) оказывает отягощающее влияние на развитие и клиническое течение ЖКБ.
3. Лечение заболеваний желчного пузыря может улучшить функциональное состояние миокарда, урежению приступов стенокардии, улучшению качества жизни больных. Однако, нормализация изменений со стороны сердечно-сосудистой системы происходит только при своевременной и ранней терапии.

Литература:

1. Григорьев П. Я. Стадии желчно-каменной болезни. 2007 (http://gepatologiya.ru/zabol_zhelchnoogo_puzirya/stadii_zhkb/)

2. Григорьев П. Я Камни в желчном пузыре. 2007. (<http://gepatologiya.ru/home/kamni/>)
3. Григорьева И.Н. Основные факторы риска желчнокаменной болезни// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.–2007.–Т17,№ 6,17–21;
4. Костырной А.В., Аль-Сулами Альтагер Рагеб, Керимов Э.Я., Каминский И.В., Мустафаева У.Э. ВЗАИМОСВЯЗЬ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 4. ;(2)
5. Тезисы Симпозиум "Патология билиарного тракта - проблемы и успехи" 6 февраля 2003 год (<http://abbottgrowth.ru/new.aspx?id=8331>)
6. Шилов А.М., Лоранская И.Д., Михайлова А.Х., Тарасенко О.Ф. Влияние патологии желчевыводящих путей на риск развития ишемической болезни сердца. РМЖ.2008;25:1695.
7. Alyavi, A. L., & Khodjanova, S. I. (2018). ADP-INDUCED PLATELET AGGREGATION IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AND WITH ASPIRIN RESISTANCE. In *Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста* (pp. 120-121).
8. Реймбаева, А. А., Аляви, А. Л., Ходжанова, Ш. И., Жаббаров, А. А., Сайдалиев, Р. С., Кодирова, Ш. А., & Максудова, М. Х. (2023). Особенности Течения Хронической Сердечной Недостаточности, Резистентной К Антиагрегантной Терапии.
9. Султонов, П. И., Умарова, З. Ф., Жаббаров, О. О., Ходжанова, Ш. И., Кодирова, Ш. А., Жуманазаров, С. Б., & Рахматов, А. М. (2023). Антиагрегант Терапияни Сурункали Буйрак Касаллигида Буйрак Функционал Захирасига Таъсири.
10. Сайдалиев, Р. С., Кодирова, Ш. А., & Назарова, М. Х. (2022). Усовершенствование Антигипертензивной Терапии У Больных С Метаболическим Синдромом.
11. Жуманазаров, С. Б., Жаббаров, А. А., Мирзаева, Г. П., Эшонов, Ш. Н., & Бобокулов, М. Б. (2021). Прогностическое Значение Клинико-Патогенетических Особностей Развития Хронической Болезни Почек Вследствие Гломерулярных Заболеваний. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 2(2), 175-184.
12. Умарова, З. Ф., Кучкарова, Ш. А., & Султонов, Н. Н. (2022). РОЛЬ БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК. *IJTIMOYIY FANLARDA INNOVASIYA ONLAYN ILMIY JURNALI*, 2(1), 126-132.
13. Аъзамхонов, А. А., Насриддинова, Н. Н., Максудова, М. Х., & Надирова, Ю. И. (2020). ИЗУЧЕНИЕ АСПЕКТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. *Студенческий вестник*, (3-2), 66-67.
14. Рахматов, А., Жаббаров, О., Кодирова, Ш., Жуманазаров, С., Мирзаева, Г., & Тожибоев, М. С. (2022). Подаграда буйраклар зарарланишининг клиник ва генетик хусусиятлари.
15. Rakhmatov, A. M., Jabbarov, A. A., Kodirova, S. A., & Jumanazarov, S. B. (2022). *CLINICAL MANIFESTATIONS OF GOUTHY NEPHROPATHY* (Doctoral dissertation, THEORETICAL ASPECTS IN THE FORMATION OF PEDAGOGICAL SCIENCES: 1 pp. 140-141 (6).).