

Особенности Течения Холецистокардиального Синдрома

Кодирова Ш. А.

Ташкентская медицинская академия

Резюме

Патология билиарной системы является одним из факторов риска ишемической болезни сердца. Клиницисты во всем мире в течение многих лет изучают связь острых и хронических заболеваний билиарного тракта и сердечно-сосудистой системы. Часто эти нарушения выявляются во время приступа билиарной колики, при которой нередко возникают болевые ощущения в области сердца, а в ряде случаев они бывают эквивалентны приступу билиарной колики. Кроме ухудшения коронарного кровообращения, описаны варианты билиарно-кардиального синдрома в виде кардиалгий, нарушений сердечного ритма и проводимости.

Ключевые слова:

желчнокаменная болезнь, холецистокардиальный синдром, факторы риска, диагностика.

Актуальность: Заболевания билиарной системы регистрируются у 300 человек на 100000 населения, что составляет от 25% до 50% больных с патологией органов пищеварения. Клиницисты многих стран мира в течение многих лет изучают связь острых и хронических заболеваний желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков и сердечно-сосудистой системы.

Связь патологии желчевыводящих путей с изменениями деятельности сердечно-сосудистой системы давно обращает на себя внимание клиницистов. Еще в 1813 году была опубликована работа Portal, в которой описывались 2 случая смерти от остановки сердца во время печеночной колики. На этот симптом особое внимание обращал С.П. Боткин, который первым отметил возможность рефлекторных болей в сердце при желчекаменной болезни в клинических лекциях (1883), поскольку сам с 25-летнего возраста страдал желчекаменной болезнью, протекавшей с частыми приступами колики. На основании собственных длительных клинических наблюдений С. П. Боткин сделал вывод о том, что «...нередко холелитиаз выражается в явлениях, сосредотачивающихся преимущественно в области

сердца, в особенности в тех случаях, когда передвижение камня совершается в пузырьном протоке. Вы не услышите жалоб на расстройство пищеварения, боль, вздутие живота, больной будет жаловаться преимущественно на приступы болей в стороне сердца, идущие с явными изменениями его функции, аритмией, затруднением дыхания, одним словом, с ясной картиной стенокардии...» [5].

Для обозначения кардиальных нарушений при билиарной патологии были предложены различные термины, наиболее привычным из которых является понятие холецистокардиального синдрома.

Холецистокардиальный синдром (ХКС) – это комплекс клинических симптомов, проявляющийся болями в области сердца (кардиалгия), метаболическими расстройствами в миокарде с нарушением ритма и проводимости, одышкой, иногда ухудшением коронарного кровообращения в результате рефлекторных и инфекционно-токсических воздействий на миокард, появляющихся вследствие поражения патологическим процессом желчного пузыря [7, 11,12].

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 [2,13,14]. 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 [3,15,16]. ЖКБ страдают в России среди обследованного населения 3-12%, а в Москве до 22 % [2,3]. Частота образования желчных камней увеличивается с возрастом, достигая 45-50% у женщин старше 80 лет. [4]. Имеются данные, что билиарная патология встречается чаще среди городского населения по сравнению с жителями села[9,17,18].

Холецистокардиальный синдром может развиваться при следующих заболеваниях: хроническом бескаменном холецистите, остром и хроническом калькулезном холецистите (максимально проявляется во время желчной колики), холедохолитиазе без развития желчной гипертензии, с желчной гипертензией (с развитием механической желтухи), патологических процессах, приводящих к сужению терминального отдела общего желчного протока (стенозирующий папиллит, опухоли большого сосочка двенадцатиперстной

кишки, индуративный панкреатит).

В патогенезе холецистокардиального синдрома имеет несколько механизмов: рефлекторные влияния на коронарные сосуды, сдвиги метаболизма миокарда (особенно в момент желчной колики) и инфекционно-токсическое воздействие на сердечно-сосудистую систему при остром воспалительном процессе в желчевыводящих путях.

Кроме непосредственных механизмов формирования холецистокардиального синдрома, также необходимо учитывать, что с возрастом увеличивается частота заболеваемости ишемической болезнью сердца, стенокардией и нарушениями ритма, что делает особенно неблагоприятным течение холецистокардиального синдрома. Было выявлено, что в популяции стенокардия напряжения в возрасте 45-55 лет встречается у 2-5% мужчин и у 0,5-1% женщин, старше 65 лет – у 11-20% мужчин и у 10-14% женщин. [8,19].

Различают следующие клинические варианты ХКС [9]:

- ✓ Безболевая форма, с преходящими изменениями на ЭКГ и эхокардиограмме (45%).
- ✓ ХКС с выраженной кардиалгией, чаще встречается у лиц молодого возраста при ЖКБ без органических изменений миокарда и венечных артерий (20% случаев).
- ✓ Смешанная форма ХКС (30%)

Цель: изучить особенности клинического течения ХКС и факторы риска.

Материалы исследования: Под наблюдением находились 52 больных с билиарной патологией находившихся на стационарном лечении клинической больницы №1. Женщин было 32, мужчин – 20. Средний возраст $45 \pm 5,7$ лет.

Первую группу составили 30 больных ЖКБ без сердечной патологии. у которых при обследовании была выявлена ИБС. Во вторую группу вошло 22 больных хроническом бескаменном холециститом. Диагноз ЖКБ и бескаменный холецистит подтверждались 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.

Результаты исследования: У обеих групп клинические проявления холецистокардиального синдрома имели несколько вариантов. Кардиалгическая и стенокардитическая формы холецистокардиального синдрома наиболее распространены при желчекаменной болезни (79% больных). Кардиалгии характеризовались как сжимающие (67,6%), колющие боли (49%) в левой половине грудной клетки (43%), с иррадиацией в левую руку (52%), возникали после нарушения диеты (58%) и чаще совпадали с болевым приступом в правом подреберье,

продолжительностью несколько минут, часто резистентные к нитратам. На ЭКГ у пациентов с ЖКБ имелись следующие изменения, которые были присущи больным ИБС: смещение ST на 1-2 мм в 43%, высокий зубец T в 22% , дистрофические и метаболические изменения 55% , нарушение функции возбудимости 23%, пароксизмальная форма фибрилляций предсердий-10,6%, гипертрофия левого желудочка наблюдалась в 58% случаев, а у 20% больных ЖКБ выявлены без болевая ишемия [1, 9, 10] миокарда

У больных без каменным холециститом выявлены болевые ощущения в области сердца в 28% случаев, были связаны с иррадиацией боли из правого подреберья в область сердца, нарушение ритма как экстрасистолия-14%, пароксизмальная форма фибрилляций предсердий-10,6%, на ЭКГ: дистрофические и метаболические изменения 37%, блокада правой ножки пучка Гиса-9,4%, тахикардия-26%, брадикардия-32% случаев.

Наблюдалось развитие сердечной недостаточности 12 (23,0%) случаев. Подтверждением тому является также показатель фракции желудочка при доплеркардиографии – в первой группе больных был снижен у 9 (30%) больных, во второй – не наблюдалась.

Также надо отметить, что сочетание ЖКБ и ИБС имели очень много общих факторов риска: избыточное употребление жирной и высококалорийной пищи-56%, гиперхолестеринемию-50%, артериальную гипертензию-46%, ожирение-62%, курение-40%, средний и старший возраст -58%, а в первой группе отягощенная наследственность по ИБС наблюдалась у 10 (33,3%) больных, во второй – 3 – 13,6%).

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 в формировании атеросклероза и образовании камней.
2. Фоновая сердечно-сосудистая патология (факторы риска) оказывает отягощающее влияние на развитие и клиническое течение ХКС.
3. Для своевременной и правильной диагностики холецистокардиального синдрома врачу требуется совершенное владение методами тщательного сбора клинического анамнеза и обследования больного, необходимо умение анализировать результаты и подтверждать полученные данные с помощью лабораторно-инструментального обследования.
4. 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. Ветишев П.С., Ногтев П.В. Холецистокардиальный синдром-миф или реальность Хирургия Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2005. – № 3. – С. 59–64.
2. Григорьев П. Я. Стадии желчно-каменной болезни. 2007 (http://gepatologiya.ru/zabol_zhelchnoogo_puzirya/stadii_zhkb/)
3. Григорьев П. Я Камни в желчном пузыре. 2007. (<http://gepatologiya.ru/home/kamni/>)
4. Григорьева И.Н. Основные факторы риска желчнокаменной болезни// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.–2007.–Т17,№ 6,17–21;
5. Губергриц Н. Б., Лукашевич Г. М. Желчнокаменная болезнь: от С. П. Боткина к современности. – М.: 4ТЕ Арт, 2011. – 48 С.
6. 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)
7. Оганезова И. А., Егорова С. В., Скворцова Т. Э., Медведева О. И. Холецистокардиальный синдром: проблемы дифференциальной диагностики. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2018;150(2): 110–114.
8. Alyavi, A. L., Khojanova, S. I., Reymbaeva, A. A., Jabbarov, A. A., Makhsudova, M. X., Saydaliev, R. S., ... & Tursunova, L. D. (2023). FEATURES OF THE COURSE OF THE DISEASE IN PATIENCE WITH CHRONIC HEART FAILURE RESISTANT TO ADP-INDUCED PLATELET AGGREGATION. *Академические исследования в современной науке*, 2(3), 114-116..
9. Трухан Д.И. Дифференциальный диагноз боли в грудной клетке: в фокусе – заболевания органов пищеварения // Consilium Medicum. 2015. – № 1. – С. 63–67.
10. 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.
11. Сапаева, З. А., Жаббаров, О. О., Кадирова, Ш. А., & Ходжанова, Ш. И. (2019). ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ. *Экономика и социум*, (10 (65)), 266-271.

12. Alyavi, A. L., Khojanova, S. I., Reymbaeva, A. A., Jabbarov, A. A., Makhsudova, M. X., Saydaliev, R. S., ... & Tursunova, L. D. (2023). FEATURES OF THE COURSE OF THE DISEASE IN PATIENCE WITH CHRONIC HEART FAILURE RESISTANT TO ADP-INDUCED PLATELET AGGREGATION. *Академические исследования в современной науке*, 2(3), 114-116.
13. Кодирова, Ш. А., & Ходжанова, Ш. И. (2022). *ВАЖНОСТЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ* (Doctoral dissertation, ОРГАНИЗАЦИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ).
14. Iskandarovna, K. S., & Lutfullayevich, A. A. (2021). Clinical and Laboratory Features of Coronary Heart Disease in Patients with Aspirin Resistance. *American Journal of Medicine and Medical Sciences*, (11), 3.
15. Khodjanova, S. I. (2021). YURAK ISHEMIK KASALLIGI MAVJUD BEMORLARDA ATSETILSALITSIL KISLOTANING ANTIAGREGANT VA YALLIG'LANISHGA QARSHI XUSUSIYATLARI. *JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE*, 6(1).
16. Ходжанова, Ш. И. (2021). YURAK ISHEMIK KASALLIGI MAVJUD BEMORLARDA ATSETILSALITSIL KISLOTANING ANTIAGREGANT VA YALLIG'LANISHGA QARSHI XUSUSIYATLARI. *ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ*, 6(1).
17. Надирова, Ю., & Жаббаров, О. (2023). ФАКТОРЫ РИСКА СНИЖЕНИЯ ПРОЧНОСТИ КОСТИ И ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ХБП.
18. Rakhmatov, A. M., & Jabbarov, A. A. KodirovaSh. A., Jumanazarov SB (2022). CLINICAL MANIFESTATIONS OF GOUTHY NEPHROPATHY. THEORETICAL ASPECTS IN THE FORMATION OF PEDAGOGICAL SCIENCES, 1 (6), 140–141.
19. Jumanazarov, S., Jabborov, O., Qodirova, S., & Rahmatov, A. (2022). THE ROLE OF PODOCYTIC DYSFUNCTION IN THE PROGRESSION OF CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS.
20. Интернетсайты: https://www.rmj.ru/articles/kardiologiya/Vliyanie_patologii_ghelchevyvodya_schih_putey_na_risk_razvitiya_ishemicheskoy_bolezni_serdca/#ixzz7vxV5dGq7