

УДК616.366-002-036.11:616.127-005.8

**ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА
(СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)**

Рябова А. Ю., Шаповалова Т. Г., Шашина М. М., Гузенко Т. Н.*, Волков С. В.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» МЗ РФ

* Городская клиническая больница № 8, г. Саратов

CLINICAL CASE OF THE SHARP CHOLECYSTITIS PROCESS UNDER MASK OF A SHARP MYOCARDIAL INFARCTION

Ryabova A. Y., Shapovalova T. G., Shashina M. M., Guzenko T. N.*, Volkov S. V.

Public budgetary educational institution of higher education "Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky" of the Ministry of Healthcare of the Russia

* City Clinical Hospital No. 8, Saratov

**Рябова
Анна Юрьевна**
Ryabova Anna Y.
E-mail:
annar.doc@mail.ru**Рябова А. Ю.** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» МЗ РФ, кафедра терапии педиатрического и стоматологического факультетов, докт. мед. наук, профессор**Шаповалова Т. Г.** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» МЗ РФ, кафедра терапии педиатрического и стоматологического факультетов, докт. мед. наук, профессор**Шашина М. М.** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» МЗ РФ, кафедра терапии педиатрического и стоматологического факультетов, доцент, канд. мед. наук.**Гузенко Т. Н.*** — заведующая отделением кардиологии Городской клинической больницы № 8, г. Саратов Волков С. В. — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» МЗ РФ, кафедра терапии педиатрического и стоматологического факультетов, ассистент, канд. мед. наук.**Волков Станислав Владимирович** — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапии педиатрического стоматологического факультетов ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» МЗ РФ**Ryabova A. Y.** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, professor of Therapy of Pediatric and Stomatological, Professor, Doctor of Medical sciences;**Shapovalova T. G.** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, professor of Therapy of Pediatric and Stomatological, Professor, Doctor of Medical sciences;**Shashina M. M.** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Professor's assistant of Therapy of Pediatric and Stomatological, Candidate of Medical sciences;**Guzenko T. N.*** — the manager of cardiology of the City Clinical Hospital No. 8, Saratov**Volkov S. V.** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, assistant, Candidate of Medical sciences**Резюме**

Представлен случай клинического наблюдения пациентки, имеющей полиморбидную патологию. Клинической «маской» острого деструктивного холецистита являлся острый инфаркт миокарда, осложненный сердечной астмой. Диагноз инфаркта миокарда не был подтвержден. По экстренным показаниям была проведена холецистэктомия.

Ключевые слова: холецисто-кардиальный синдром, коморбидная патология.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2015; 114 (2):68–70

Summary

Presented case report of an elderly patient having polymorbidity pathology. Clinical «mask» of the destructive cholecystitis an acute myocardial infarction complicated by cardiac asthma. The diagnosis of myocardial infarction has not been confirmed. On emergency indications was performed cholecystectomy.

Keywords: cholecysto-cardialny syndrome, comorbid pathology.

Eksperimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 114 (2):68–70

Введение

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) в пожилом и старческом возрасте встречается у 15-33% больных [1]. Наиболее частым осложнением ЖКБ является острый деструктивный холецистит (15-20%) [1]. Учитывая увеличение коморбидности с возрастом пациентов, для терапевтов, кардиологов и гастроэнтерологов несомненный интерес представляет холецисто-кардиальный синдром (ХКС). Клиника ХКС еще в середине XIX века была детально описана С. П. Боткиным, который сам страдал ЖКБ с частыми приступами желчной колики, сопровождавшейся стенокардитической болью. При описании нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы (стенокардия, нарушения ритма, сердечная астма) при ЖКБ, С. П. Боткин акцентировал внимание практикующих врачей на возможном отсутствии боли в правом подреберье при obturации камнем пузырного протока [2]. Позднее на феномен рефлекторной связи болей в области сердца при желчной колике, указывали и другие известные терапевты (В. П. Образцов, Ф. Жильбер, М. М. Губергриц, Г. Ф. Ланг, Н. Е. Незлин, А. Л. Мясников, Н. Д. Стражеско, Е. М. Тареев и др.).

В настоящее время отсутствует единое мнение о правомерности выделения ХКС. Академик РАМН

В. Т. Ивашкин считает, что сочетание ЖКБ с ИБС имеет общее патогенетическое звено, а именно, нарушение холестерина обмена. Таким образом, возникает одновременное поражение билиарного тракта и сердечно-сосудистой системы. С этой точки зрения, коморбидность носит причинный характер [3].

Ряд авторов считает обоснованным выделение ХКС [4, 5]. Кардиальные симптомы у пациентов с билиарной патологией могут протекать и без абдоминальной боли. Описана кардиологическая «маска» билиарной патологии, которая может обнаруживаться в виде холецисто-кардиального, холецисто-коронарного, аритмического или гемодинамического синдромов [6]. Возможно развитие рецидивирующих приступов стенокардии, сердечной астмы, нарушений коронарного кровотока с изменениями на ЭКГ в виде депрессии интервала ST и появления отрицательного зубца T во II и III отведениях [7]. Известны также случаи, когда приступы стенокардии являлись практически единственным симптомом калькулезного холецистита, причем удаление желчного пузыря освобождало таких больных и от приступов стенокардии [8].

Клинический пример

Пациентка Ш., 72 лет, поступила в приемное отделение многопрофильного стационара 17.10.2014 г с жалобами на интенсивные давящие, сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в верхнюю левую конечность, тошноту, одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке.

Из анамнеза известно, что около 5 лет она страдала артериальной гипертензией с повышением АД до 180 и 110 мм рт. ст. Постоянной гипотензивной терапии не принимала. Перенесла инфаркты миокарда в 2010, 2012, 2013 гг. Последняя госпитализация в декабре 2013 г. по поводу ИБС, повторного инфаркта миокарда. В последующем наблюдалась амбулаторно по поводу ИБС, стенокардии напряжения III ФК. Ухудшение самочувствия с 23.00 16.10.14 г., когда без видимых причин отметила появление интенсивных, сжимающих болей за грудиной с иррадиацией в левое плечо продолжительностью около 30 минут. Одновременно было зафиксировано повышение АД до 180 и 100 мм рт. ст. Принимала нитроспрей без эффекта. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи. Интенсивность болевого синдрома уменьшилась после введения наркотических анальгетиков. Пациентка была направлена в кардиологическое отделение.

На электрокардиограмме (ЭКГ), выполненной в приемном покое при поступлении, в сравнении с данными предыдущих исследований, была отмечена отрицательная динамика в виде подъема сегмента ST в III, AVF, максимально до 5 мм. В крови обнаружился лейкоцитоз $9,6 \cdot 10^9/\text{л}$, умеренное смещение лейкоцитарной формулы влево. При анализе показателей эхокардиограммы (ЭхоКГ), в сравнении с предыдущими данными от декабря 2013 года, новых зон гипокинезии и акинезии

стенки миокарда обнаружено не было, систолическое давление в легочной артерии составило 38 мм рт. ст. Ввиду острого коронарного болевого синдрома продолжительностью около 30 минут и отрицательной динамики на ЭКГ был выставлен предварительный диагноз: ИБС. Повторный задний инфаркт миокарда от 16.10.14 г. Перенесенные инфаркты миокарда в 2010, 2012, 2013 гг. Фоновое заболевание: артериальная гипертензия III ст., риск 4. Осложнения: ХСН 2 А, ФК 3. Гипертонический криз от 16.10.14, осложненный. Сердечная астма от 16.10.14 г.

Выполнен тромболизис альтеплазой, назначена терапия, включающая антикоагулянты, антиагреганты, антиангинальные, гипотензивные препараты. Самочувствие пациентки в ходе лечения улучшилось. Коронарные боли не рецидивировали. Гемодинамические показатели были стабильными. В биохимическом анализе крови отмечалось незначительное повышение трансаминаз (аспартатаминотрансфераза (АСТ) — 37 ед/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) — 43 ед/л) и лактатдегидрогеназы до 583,35 ед/л. Трехкратное исследование маркеров некроза миокарда (МВ-фракция креатинфосфокиназы и тропонины) не выявило их повышения. ЭКГ без динамики.

С 27.10.14 года появились жалобы на боли в правой половине живота, была однократная рвота желчью. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в верхних отделах живота. Показатели печеночных ферментов без динамики. Пациентка была осмотрена хирургом, убедительных данных за острую хирургическую патологию не получено. Рекомендовано проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости,

при проведении которого были выявлены признаки флегмонозного холецистита, камни желчного пузыря, диффузные изменения поджелудочной железы. Повторно осмотрена хирургом. К терапии добавлены парентерально спазмолитики (ношпа, папаверин) и антибактериальные препараты (цефтриаксон 4 г/сутки).

29.10.14 года боли в правой половине живота, тошнота сохранялись. Отмечалось повышение температуры тела до 38°C. При осмотре живота обнаруживались болезненность и напряжение в правом подреберье, мезогастрии, гипогастрии, а также над лоном, положительный симптом Щеткина и резкое ослабление перистальтики. При повторном УЗИ брюшной полости выявлены признаки острого обтурационного калькулезного холецистита с расширением общего желчного протока до 9 мм. В периферической крови возрос лейкоцитоз до $18,2 \cdot 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Отмечалось также умеренное нарастание

трансаминаз (АСТ– 72 Ед/л, АЛТ– 56 Ед/л), щелочной фосфатазы до 301 Ед/л. Был выставлен диагноз: ЖКБ. Острый обтурационный деструктивный калькулезный холецистит. Локальный перитонит.

По экстренным показаниям проведена холецистэктомия, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде пациентка получала антибактериальную (парентерально цефтриаксон 4 г/сутки), антисекреторную (парентерально квамател 40 мг в сутки) терапию, прокинетики (мотилиум 60 мг/день) и кардиотропное лечение (эналаприл 10 мг/день, конкор 2,5 мг/день, вазилип 20 мг на ночь, кардиомагнил 75 мг/день). Отмечалось заживление раны первичным натяжением, нормализовалась температура тела. Боли в животе и эвакуаторные расстройства исчезли. Коронарные боли не рецидивировали. На ЭКГ выявлено снижение сегмента ST в III, AVF до изолинии. Диагноз инфаркта миокарда был снят. В удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение.

Результаты

Особенности представленного клинического случая:

1. Развитие острого деструктивного холецистита у пациентки пожилого возраста с длительно существующей выраженной сердечно-сосудистой патологией.
2. Гипердиагностика острого повторного инфаркта миокарда и сердечной астмы, что послужило поводом к госпитализации больной в кардиологическое отделение и проведению тромболитической терапии.

3. Выявленные типичные изменения ЭКГ, характерные для острого заднего инфаркта миокарда, не сопровождались резорбционно-некротическим синдромом.
4. Отчетливый положительный клинический и электрокардиографический эффект достигнут после выполнения холецистэктомии.
5. Холецисто-кардиальный синдром у пациентки с коморбидной патологией обусловил трудности своевременной диагностики острого деструктивного холецистита.

Литература

1. Дадвани С. А., Ветшев П. С., Шулушко А. М. и др. Желчнокаменная болезнь. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 178 с.
2. Боткин С. П. Клинические лекции. — СПб., 1903.
3. Верткин А. Л., Скотников А. С. Коморбидность. www.lvrach.ru/2013/08/15435786
4. Ветшев П. С., В. А. Сулимов, П. В. Ногтев. Холецистокардиальный синдром в клинической практике. Клин. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2004, № 6, с. 15-19.
5. Циммерман Я. С. Клиническая гастроэнтерология. — М.: ГЭОТАР, 2009. — 416 с.
6. Еремينا Е. Ю. Билиарная патология. Клинические маски. Возможности профилактики. Методические рекомендации для врачей. — Саранск, 2014.
7. Руководство по гастроэнтерологии. В трех томах. Т.2. Болезни печени и билиарной системы. Под ред. Ф. И. Комарова, А. Л. Гребенева, А. И. Хазанова. — М.: Медицина, 1995. — 528 с.
8. Марковцева М. В., Пащенко И. Г., Джинибалаева Ж. В. и др. Влияние операции холецистэктомии на клиническое течение ишемической болезни сердца и состояние миокарда. Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. Колопроктол, 2011, т. 21, № 5, прил. 38, с. 111.