

КАРДИАЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХОЛЕЛИТИАЗОМ

Мария Владимировна Марковцева

Ульяновский государственный университет

Реферат

Изучено влияние холецистэктомии на структурно-функциональные характеристики миокарда и состояние коронарных артерий у больных с ишемической болезнью сердца и холелитиазом. Установлено, что проведение холецистэктомии у больных ишемической болезнью сердца и холелитиазом способно нормализовать некоторые структурно-функциональные параметры миокарда, не влияя на динамику развития коронарного атеросклероза.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, холелитиаз, холецистэктомия, структурно-функциональные изменения миокарда, коронарный атеросклероз.

CARDIAL EFFECTS OF CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE AND CHOLELITHIASIS

M.V. Markovtseva

Ulyanovsk State University

Summary

Studied was the effect of cholecystectomy on the structural and functional characteristics of the myocardium and the condition of the coronary arteries in patients with ischemic heart disease and cholelithiasis. It was established that cholecystectomy in patients with ischemic heart disease and cholelithiasis can normalize some of the structural and functional parameters of the myocardium, without affecting the dynamics of development of coronary atherosclerosis.

Key words: ischemic heart disease, cholelithiasis, cholecystectomy, structural and functional changes of the myocardium, coronary atherosclerosis.

Коморбидное течение ишемической болезни сердца (ИБС) и желчнокаменной болезни (ЖКБ) достаточно часто встречается в клинической практике. По данным современных исследователей, от 22 до 61,2% больных ЖКБ страдают ИБС [1, 4, 7]. Подобные высокие цифры принято связывать с рядом общих патогенетических механизмов и факторов риска возникновения указанных нозологических форм [6, 8, 9]. Ежегодно проводится около 7000 холецистэктомий (ХЭ) по поводу ЖКБ на 100 тысяч населения [5]. Оценка влияния ХЭ на миокард у больных ИБС приобретает особую актуальность.

Целью исследования являлось изучение влияния ХЭ на структурно-функциональные характеристики миокарда и состояние коронарных артерий у больных с ИБС и ЖКБ.

Под наблюдением находились 100 больных, подразделенных на 2 группы: 1-я — 50 пациентов с ИБС и ЖКБ, 2-я — 50 с ИБС и ХЭ по поводу ЖКБ в анамнезе. Во всех группах было равное число мужчин и женщин (по 25 чел.) в возрасте от 45 до 70 лет. В исследование включали пациентов со ста-

бильной стенокардией напряжения и безболевой ишемией миокарда, без перенесенного инфаркта миокарда и оперативных вмешательств на сердце в анамнезе. Длительность ИБС во всех группах не превышала 5 лет.

Наряду с комплексным клиническим обследованием все больные проходили эхокардиоскопию с доплеровским исследованием интракардиальной гемодинамики (Д-ЭхоКС). Диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) оценивали с помощью комбинированного анализа трансмитрального диастолического потока и скорости движения митрального кольца. Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) рассчитывали по формуле Devereux и Reichek (Penn convention):

$$\text{ММЛЖ (г)} = 1,04 \cdot [(КДР + dМЖП + d3СЛЖ)^3 - КДР^3] \cdot 13,6.$$

Для объективного отражения ММЛЖ использовали индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), определяемый как соотношение ММЛЖ к площади поверхности тела. Оценку Геометрию левого желудочка оценивали с учетом показателя относительной толщины стенок (ОТС) ЛЖ:

$$\text{ОТС} = (dМЖП + d3СЛЖ) / КДР.$$

* Автор для переписки: mmark7@yandex.ru

Таблица 1

Некоторые эхокардиоскопические характеристики больных ишемической болезнью сердца (ИБС), сочетающейся с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и после холецистэктомии (ХЭ)

Параметры	Норма	ИБС+ЖКБ (n=50)	ИБС+ХЭ (n=50)	p
dМЖП, см	0,6-1,1	1,28±0,21	1,0±0,1	0,001
dЗСЛЖ, см	0,8-1,1	1,28±0,2	1,0±0,1	0,003
ОТС	>0,45	0,5±0,06	0,42±0,03	0,01
ММЛЖ (Penn), г	90-150	248,6±76,4	185,9±52,4	0,005
ИММЛЖ (Penn), г/м ²	≤124	138,1±35,4	112,5±18,7	0,004
Нарушения глобальной сократимости, %/абс.	-	16/08	4/2	0,003
Нарушения локальной сократимости, %/абс.	-	56 /28	28/14	0,0002
Ремоделирование ЛЖ				
%/абс.	100%			0,001
норма		20/10	56 /28	0,03
КР		24/12	44 /22	-
КГ		52/26	-	-
ЭГ		4/2	-	
ДДЛЖ	-	90 /45	64/ 32	0,006
умеренная		28/ 14	10/5	0,001
незначительная		62 /31	54/ 27	>0,05

Использовали градацию ремоделирования ЛЖ по A. Ganau (1992):

- нормальная геометрия (ОТС < 0,45; ИММЛЖ в норме);
- концентрическое ремоделирование — КР (ОТС>0,45; ИММЛЖ в норме);
- концентрическая гипертрофия — КГ (ОТС>0,45; ИММЛЖ превышает норму);
- Эксцентрическая гипертрофия — ЭГ (ОТС < 0,45; ИММЛЖ превышает норму).

Одновременно все пациенты проходили процедуру селективной коронароангиографии по методике dotter c.t et judkins m.p. (1964) на аппарате coroscorphicor («Siemens», Германия) в условиях рентгеноперационной. Диагноз ЖКБ ставился на основании клинических данных и результатах УЗИ.

Статистический анализ данных производился на персональном компьютере с использованием пакета программ Statistica 6,0. Значения представлены в виде $M \pm m$, где M — среднее арифметическое значение признака, m — ее ошибка. При правильном типе распределения для сравнения групп применялся критерий Стьюдента (t-test), а при неправильном — тест Манна-Уитни. При $p < 0,05$ исследования считались статистически достоверными.

Средний возраст больных ИБС и ЖКБ составлял $58,4 \pm 4,3$ года, в группе пациентов с ИБС и ХЭ — $64,7 \pm 5,1$ ($p = 0,03$). При анализе результатов Д-ЭхоКС достоверные различия были получены по параметрам, представлен-

ным в табл. 1. Так, в группе коморбидного течения ИБС и ЖКБ размеры межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка в диастолу (dМЖП и dЗСЛЖ) превышали установленные нормы и расценивались как незначительно гипертрофированные. ОТС ЛЖ, ММЛЖ и ИММЛЖ также превышали нормальные пределы. У больных с коморбидным течением ИБС и ЖКБ были зафиксированы нарушения глобальной сократимости в 16% случаев (8 чел.) и локальной сократимости в 56% (28 чел.). При оценке ремоделирования ЛЖ у большинства пациентов этой группы выявлена КГ. Практически у всех имела место диастолическая дисфункция ЛЖ (ДДЛЖ), при этом на незначительную ДДЛЖ приходилось 62% (31 чел.), на умеренную — 28% (14 чел.).

Сравнительная оценка указанных параметров в группе пациентов с ИБС и ХЭ выявила значимые отличия, выгодно отличавшие этих пациентов. Так, среди них не наблюдалось гипертрофии dЗСЛЖ и dМЖП ($1,0 \pm 0,1$ см). Эти параметры хотя и стремились к верхней границе нормы, но стабильно занимали позиции в пределах нормы ($p = 0,001$). Размер ОТС ЛЖ ($0,42 \pm 0,03$) также приближался к норме ($p = 0,01$). Несмотря на то что ММЛЖ в этой группе формально оставалась повышенной ($185,9 \pm 52,4$ года), показатель ИММЛЖ, объективно отражающий этот параметр, суще-

ственно снижался, также возвращаясь к норме ($112,5 \pm 18,7$ г/м²; $p=0,004$).

В группе пациентов с ИБС и ХЭ зафиксировано значимое улучшение сократительной способности миокарда. Так, нарушения глобальной сократимости отмечены лишь у 4% (2 чел.), а локальной сократимости — у 28% (14 чел.) больных (соответственно $p=0,003$ и $p=0,0002$).

Заслуживает внимания и тот факт, что у 56% (28 чел.), пациентов с ИБС, перенесших ХЭ, имела место неизменная геометрия ЛЖ, а наблюдавшееся у 44% (22 чел.) концентрическое ремоделирование является наиболее легким вариантом ремоделирования ЛЖ. Одновременно с этим получено достоверное снижение числа пациентов с различными вариантами ДДЛЖ ($p=0,006$), при этом структура этого параметра улучшилась за счет увеличения числа пациентов с незначительной ДДЛЖ.

Таким образом, структурно-функциональные параметры миокарда у пациентов с ИБС и ХЭ в анамнезе значимо улучшаются по сравнению с больными ИБС и ЖКБ. Нормализация незначительно гипертрофированных dЗСЛЖ и dМЖП, а также увеличенных ОТС и ИММЛЖ, наряду с неизменной и незначительно измененной геометрией ЛЖ, сочеталась у них с достоверным снижением частоты нарушений сократительной способности миокарда и ДДЛЖ.

Анализ коронароангиографических данных в группе пациентов с ИБС и ЖКБ выявил преобладание локального гемодинамически значимого стенозирования одной из коронарных артерий ($p=0,004$). У 56% (28 чел.) пациентов имело место атеросклеротическое повреждение, при этом у 32% (16 чел.) — передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), у 14% (7 чел.) — огибающей артерии (ОА), у 10% (5 чел.) — ствола левой коронарной артерии (ЛКА). Множественное поражение коронарных артерий в этой группе установлено у 44% (22 чел.) больных: ПМЖВ — у 44% (22 чел.), ОА — у 30% (15 чел.), правая коронарная артерия (ПКА) — у 28% (14 чел.), ЛКА — у 10% (5 чел.).

В группе пациентов с ИБС и ХЭ в анамнезе изолированное поражение коронарных сосудов было зафиксировано лишь в 12% (6 чел.) случаев, при этом в 8% (4 чел.) отмечалось повреждение ПМЖВ, в 4% (2 чел.) — ОА. В подавляющем большинстве случаев (88%) выявлено тяжелое распространенное атеросклеротическое поражение коронар-

ных сосудов: в 64% (32 чел.) — ПМЖВ, в 48% (24 чел.) — ПКА, в 44% (22 чел.) — ОА, в 24% (12 чел.) — ЛКА, в 10% (5 чел.) — одна диагональная ветвь.

Из представленных данных видно, что коронароангиографическая картина у пациентов с ИБС и ХЭ характеризуется более выраженными негативными изменениями, чем у больных ИБС и холелитиазом. Одновременно с этим наблюдалось достоверное улучшение структурно-функциональных параметров миокарда в группе с радикальной операцией на желчном пузыре, что объясняется, на наш взгляд, спецификой собственно состояния коморбидности ИБС и ЖКБ. По мнению современных исследователей, в патогенезе этого состояния значимую роль играет нарушение метаболизма миокарда. В результате патологических рефлекторных связей, эффектов скрытого холестаза и длительного инфекционно-токсического воздействия на сердечную мышцу ферментов, медиаторов и биологически активных соединений, в большом количестве синтезирующихся при патологии билиарной системы, возникают дистрофические процессы в сердечной мышце [2, 6, 8]. По данным литературы, ХЭ не оказывает существенного влияния на липидный обмен в организме [3, 9]. Дислипидемическое воздействие на сердечную мышцу и коронарные сосуды, связанное с перманентными метаболическими дисфункциями, сохраняется и после операции. Удаление желчного пузыря не может замедлить прогрессирование коронарного атеросклероза. В ходе настоящего исследования локальное стенозирование одной из коронарных артерий в группе больных ИБС и ЖКБ трансформировалось во множественное атеросклеротическое повреждение этих сосудов у пациентов с ИБС и ХЭ. Тем не менее проведение ХЭ у больных ИБС и ЖКБ способно улучшить некоторые структурно-функциональные параметры миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурков С.Г. Изменения желчевыделительной системы (по данным эхографии) у пациентов пожилого и старческого возраста // Рус. мед. ж. — 1996. — Том 4. — № 7. — С. 418–420.
2. Ветшев П.С., Сулимов П.В., Ногтев П.В. Холестерокардиальный синдром в клинической практике // Клин. перспек. гастроэнтерол. гепатол. — 2004. — № 6. — С. 15–19.
3. Григорьева И.Н., Никитин Ю.П. Липидный обмен и желчнокаменная болезнь. — Новосибирск: Мегаграфикс, 2005. — 188 с.

4. Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. — М.: Атмосфера, 2006. — 416 с.

5. Циммерман Я.С. Хронический холецистит и его клинические «маски»: диагностика и лечение. Постхолецистэктомический синдром. — Пермь: ПГМА, 2006. — 76 с.

6. Шилов А.М., Лоранская И.Д., Михайлова А.Х., Тарасенко О.Ф. Влияние патологии желчевыводящих путей на риск развития ишемической болезни сердца // Росс. мед. ж. — 2008. — Vol. 25, № 15. — P. 1695–1698.

7. Ionescu D.L. The gallstone and ischemic heart disease // Rev. Med. Chirurg. — 2001. — Vol. 105, № 4. — P. 746–748.

8. Múndez-Sánchez N., Bahena-Aponte J., Chaves-Napia N.C. et al. Strong association between gallstones and cardiovascular disease // Am. J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 100, № 10. — P. 2363–2364.

9. Trijs C., Knipschild P., Brombacher P. Serum lipids and gallstones: a case-control study // Gastroenterology. — 1990. — Vol. 99, № 3. — P. 843–849.

УДК 616.34:002.053.4: 616.988

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Халил Саубанович Хаертынов^{1*}, Лилия Ринатовна Акчурина¹,
Константин Владимирович Сушников², Нурия Мухаметдиновна Нургалева²

¹Казанский государственный медицинский университет, ²Республиканская клиническая инфекционная больница, г. Казань

Реферат

Проведен анализ клинико-эпидемиологических особенностей ротавирусной инфекции. Было установлено, что заболевание чаще всего регистрируется у детей раннего возраста, протекает преимущественно в форме гастроэнтерита. Санация пищеварительного тракта у детей от ротавируса происходит к 9-10-му дню с момента заболевания.

Ключевые слова: ротавирусная инфекция, дети.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF THE COURSE OF ROTAVIRUS INFECTION IN YOUNG CHILDREN

Kh.S. Khaertynov^{1*}, L.R. Akchurina¹, K.V. Sushnikov², N.M. Nurgaleeva²

¹Kazan State Medical University, ²Republican Clinical Infectious Diseases Hospital, Kazan

Summary

Conducted was an analysis of clinical and epidemiological features of rotavirus infection. It was established that the disease is most often detected in young children, occurs mainly in the form of gastroenteritis. Sanitation of the digestive tract in children from rotavirus occurs on the 9–10 day since the onset of the disease.

Key words: rotavirus infection, children.

В структуре острых кишечных инфекций (ОКИ) в настоящее время лидирующее положение занимает ротавирусная инфекция (РИ). Согласно номенклатуре МКБ-10, она занимает рубрику A08.0 [2]. Ежегодно в мире регистрируется около 114 млн случаев ротавирусной инфекции (РИ), из которых 400–600 тысяч заканчиваются летально [3]. В Российской Федерации официальная регистрация РИ проводится с 1990 г., однако до сих пор имеет место гиподиагностика этого заболевания. Пик заболеваемости РИ приходится на возраст от 6 до 24 месяцев, при этом чем меньше возраст, тем выше риск развития тяжелых форм заболевания и летального исхода [4]. Эпидемиологической особенностью РИ, в отличие от других ОКИ, является выраженная осенне-зимне-весенняя сезонность, которая в сочетании

с высокой контагиозностью обеспечивают широкую распространенность и высокую заболеваемость РИ среди детей. Спорадические случаи РИ регистрируются в течение всего года, тогда как 93% вспышек РИ приходится на холодное время года (с октября по апрель).

Цель работы: анализ клинических и эпидемиологических особенностей течения РИ у детей.

Было проанализировано 217 случаев заболеваемости РИ у детей, находившихся на стационарном лечении в инфекционной больнице г. Казани с января по март 2010 г. Диагноз РИ во всех случаях был выставлен на основании обнаружения в кале антигена ротавируса методом иммунофлюоресценции. Мальчиков среди заболевших РИ было 108 (49,8%), девочек — 109 (50,2%). Наиболее высокая заболеваемость РИ отмечалась среди детей от одного года до 3 лет, на долю ко-

* Автор для переписки: Khalit65@rambler.ru