

© Коллектив авторов, 2007  
УДК 616.366-039.1:616.12-009.72

В.З.Котин, А.П.Черемской, С.Б.Кутепов

## ПСЕВДОКОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Харьковская медицинская академия последипломного образования (ректор — проф. А.Н.Хвисюк), Харьковская городская клиническая больница № 2 (главврач — Д.Д.Полоз), Украина

**Ключевые слова:** холецистокардиальный синдром, псевдокоронарный синдром, холецистит, жёлчекаменная болезнь, Миннесотский код.

**Введение.** Актуальность проблемы холецистокардиального синдрома (ХКС) связана, прежде всего, с чётко прослеживаемой в течение последних лет тенденцией к росту заболеваемости острым калькулёзным холециститом (ОКХ) и желчнокаменной болезнью (ЖКБ), что, в свою очередь, сопровождается повышением количества производимых холецистэктомий (ХЭ), в том числе лапароскопических (ЛХЭ) [1, 6, 7]. Так, согласно официальным статистическим данным МОЗ Украины за период 2000–2005 гг., заболеваемость ЖКБ возросла в 1,5 раза. При этом количество произведенных ХЭ увеличилось в 1,4 раза [9]. С другой стороны, в последние годы отмечается негативная динамика заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС), в том числе среди лиц молодого возраста. Так, по данным МОЗ Украины за период 2000–2005 гг., она увеличилась в 1,4 раза [9].

Общим следствием указанных двух факторов является увеличение количества пациентов с заболеваниями жёлчного пузыря, имеющих сопутствующую кардиальную патологию. Как известно, у таких больных значительно увеличивается риск предстоящего оперативного вмешательства в связи с возможностью возникновения кардиальных осложнений в интра- и постоперационном периодах [6, 8, 10]. Учитывая это, наличие у больного признаков коронарного синдрома или нарушения сердечного ритма является относительным противопоказанием для планового оперативного вмешательства. С другой стороны, известно, что у больных с патологией жёлчного пузыря нередко возникает своеобразный симптомокомплекс различных нарушений со стороны сердечно-сосудис-

той системы, названный ХКС, или *кардиальным синдромом Боткина* [1, 3]. Наличие у больного ХКС является показателем тяжести основного хирургического заболевания и обычно рассматривается как одно из показаний для оперативного вмешательства [4, 5].

На сегодня известны более 70 вариантов ХКС [1, 7]. Для практического врача особый интерес представляет псевдокоронарный вариант ХКС, или *псевдокоронарный синдром* (ПКС), так как от умения распознать его в предоперационном периоде и дифференцировать от истинного коронарного синдрома зачастую зависит выбор тактики ведения больного. По данным литературы, частота встречаемости ХКС у больных с патологией жёлчного пузыря варьирует от единичных наблюдений до 60% [1, 2]. Такой разброс цифр можно объяснить разными методиками расчётов, применяемыми авторами. Кроме того, обычно не указывается частота тех или иных вариантов ХКС. Практически неразработанным также остаётся вопрос дифференциальной диагностики этих вариантов. В связи с этим в данной работе мы попытались более точно выявить частоту встречаемости ПКС у больных с ОКХ и ЖКБ, а также наметить возможные подходы к его дифференциальной диагностике с истинным коронарным синдромом.

**Материал и методы.** Произведён ретроспективный анализ 785 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ГКБ № 2 г. Харькова по поводу ОКХ и ЖКБ в 2004–2006 гг. Критерием отбора в группу исследования было наличие у больного сопутствующей кардиальной патологии. Из указанного количества только 464 (59,1%) пациента имели жалобы кардиального характера, в связи с чем были консультированы в предоперационном периоде терапевтом и подвергнуты дополнительному ЭКГ-исследованию. По результатам ЭКГ-исследования у 235 (29,9%) больных не обнаружено клинически значимой сердечно-сосудистой

патологии, а 229 (29,2%) пациентов требовали динамического ЭКГ-контроля и составляли группу кардиологического риска. У этих больных на ЭКГ отмечались признаки коронарной недостаточности, нарушения сердечного ритма, а также сочетания указанных признаков.

Оценка ЭКГ производилась при помощи метода кодирования, рекомендованного ВОЗ для объективизации результатов скрининговых ЭКГ-исследований [так называемый «Миннесотский код» (МК)] [11–13]. Данный метод позволяет представить результаты динамических ЭКГ-исследований в удобной для сравнения и последующего анализа форме.

**Результаты и обсуждение.** В результате проведенного исследования нами отобраны 14 историй болезни пациентов с подтвержденным электрокардиографически ПКС, что в расчёте на общее число проанализированных больных (785 человек) составило 1,8%, а в расчёте на количество больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией из группы кардиологического риска (229 человек) — 6,1%. У 8 больных диагностирован ОКС, а у 6 — ЖКБ. В предоперационном периоде на ЭКГ у 4 больных отмечались признаки ишемии задней стенки левого желудочка: депрессия или наклон вниз сегмента ST (рубрики 4-1 — 4-3 МК) и (или) уплощение и инверсия зубца T (рубрики 5-1 — 5-3 МК) в отведениях II, III, aVF). У 8 больных признаки ишемии задней стенки сочетались с явлениями коронарности в области верхушки и боковой стенки левого желудочка: депрессия или наклон вниз сегмента ST и (или) уплощение и инверсия зубца T в отведениях V<sub>4-6</sub>. У 1 пациента признаки ишемии были зарегистрированы только в отведениях V<sub>4-6</sub>. Ещё у 1 больного коронарный аспект прослеживался во всех отведениях. Обращает на себя внимание, что при осмотре терапевтом никто из больных не предъявлял характерных жалоб на наличие ишемической кардиалгии. У 4 пациентов на фоне ишемии миокарда отмечались признаки нарушений сердечного ритма [желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) — рубрика 8-1 МК и мерцательная аритмия (МА) — рубрика 8-3 МК]. Все больные после соответствующей предоперационной подготовки (дезинтоксикационная, кардиотропная терапия) были оперированы, причём у половины пациентов (7 человек) выполнена контактная ХЭ, а у другой половины (7 человек) — ЛХЭ. На 3–4-е сутки после операции у 6 (43%) больных отмечено полное исчезновение коронарного аспекта ЭКГ. У остальных пациентов (8 человек) наблюдалось

уменьшение признаков ишемии — выравнивание сегмента ST по отношению к изолинии (рубрики 4-2 — 4-4 МК), нормализация формы зубца T (рубрика 5-3 МК). У 2 больных с аритмиями отмечена полная нормализация сердечного ритма (т. е. исчезновение признаков ЖЭ и МА). Подобная положительная ЭКГ-динамика позволила подтвердить наличие у анализируемой группы больных ПКС (таблица).

Согласно данным литературы, ПКС нередко сочетается с сопутствующей ИБС, что вызывает дополнительные трудности в его распознавании [8, 10]. Для дифференциальной диагностики ПКС и истинного коронарного синдрома в настоящее время используется подход, основанный на применении проб с функциональными нагрузками (велозргометрия, тредмил-тест), стресс-эхокардиографии [фармакологическая нагрузка с добутамином в дозе 5–10 мкг/(кг•мин)], а также чреспищеводной электростимуляции сердца [1, 2, 6, 8]. Мы позволим себе высказать несогласие с этим подходом, так как считаем, что применять провокационные (т. е. предназначенные для выявления скрытой ишемии) тесты у пациентов с очевидными ЭКГ-признаками коронарности является

**Результат скрининговых ЭКГ-исследований до и после операции у пациентов с псевдокоронарным синдромом**

Фамилия, возраст больной	«Миннесотский код»		ЭКГ-отведение
	до операции	после операции	
М., 64 года	4-1	—	II, III, aVF, V <sub>4-6</sub>
К., 65 лет	4-1	4-3	II, III, aVF, V <sub>4-6</sub>
М., 69 лет	4-1	—	II, III, aVF, V <sub>4-6</sub>
	5-1	—	
К., 56 лет	5-3	—	Все
Н., 48 лет	4-1	—	II, III, aVF, V <sub>4-5</sub>
С., 72 года	4-3	4-4	II, III, V <sub>4-6</sub>
	5-3	5-3	
	8-3	—	
Л., 69 лет	4-1	—	II, III, aVF
	8-1	8-1	
К., 67 лет	4-1	4-2	II, III, aVF
	8-1	—	
Г., 78 лет	4-1	4-3	II, III, aVF, V <sub>4-6</sub>
	5-2	5-3	
	8-3	8-3	
С., 51 год	4-1	4-4	II, III, aVF, V <sub>4-6</sub>
Г., 50 лет	4-1	4-3	V <sub>4-6</sub>
Л., 59 лет	4-1	4-3	II, III, aVF
Б., 48 лет	4-1	4-2	II, III, aVF
З., 76 лет	4-1	—	II, III, aVF, V <sub>4-6</sub>

излишним, а в ряде случаев и небезопасным для состояния больного мероприятием.

**Выводы.** 1. Около  $\frac{1}{3}$  больных с патологией желчного пузыря (29,2%), подвергающихся оперативному лечению, относятся к группе повышенного кардиологического риска.

2. Частота встречаемости ПКС при патологии желчного пузыря составляет в целом 1,8%, однако среди больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией эта цифра достигает 6,1%.

3. Коронарный аспект ЭКГ у больных с патологией желчного пузыря может быть проявлением ХКС. Поэтому наличие у пациента ишемических изменений на ЭКГ (особенно в отведениях II, III, aVF) не может считаться безусловным противопоказанием к оперативному вмешательству.

4. У больных с ПКС операция одновременно является и средством, ликвидирующим основную причину ишемии миокарда. В нашем исследовании это подтверждается полным исчезновением коронарного аспекта ЭКГ у 43% оперированных больных с ПКС и значительным уменьшением явлений ишемии у 67% пациентов. Таким образом, наличие у больного ПКС должно рассматриваться как одно из показаний для оперативного вмешательства.

5. «Миннесотский код» является простым и весьма чувствительным инструментом, позволяющим выявить и оценить динамику коронарного аспекта ЭКГ у больных с ПКС.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ветшев П.С., Ногтев П.В. Холецистокардиальный синдром — миф или реальность // Хирургия.—2005.—№ 3.—С. 59–64.
2. Ветшев П., Сулимов В., Ногтев П. Холецистокардиальный синдром: современный взгляд // Врач.—2005.—№ 7.—С. 35–38.

3. Виноградов В.В., Панфилов Б.К., Муравьева Н.К. О коронарном синдроме Боткина при калькулёзном холецистите // Клин. мед.—1973.—№ 12.—С. 70–77.
4. Виноградов В.В., Панфилов Б.К. Билиарно-кардиальный синдром // Хирургия.—1977.—№ 7.—С. 71–77.
5. Панфилов Б.К. Билиарно-кардиальный синдром — холециститное сердце.—М: Изд-во УДН, 1986.—242 с.
6. Панфилов Б.К. Сердечно-сосудистые факторы риска в хирургии холецистита // Хирургия.—1996.—№ 3.—С. 41–45.
7. Панфилов Б.К., Малярчук В.И., Степанов Н.В. и др. Варианты билиарно-кардиального синдрома Боткина при остром холецистите // Хирургия.—2002.—№ 2.—С. 28–30.
8. Пирузян Г.М. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и адаптационные возможности у больных калькулёзным холециститом // Клин. мед.—2005.—№ 3.—С. 38–42.
9. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2000–2005 роки: Довідники центру медичної статистики МОЗ України.—Київ, 2002–2006.
10. Сабадишин Р.О., Рижковський В.О., Кучерук Є.Ф. До питання біліарно-кардіального синдрому при механічній жовтяниці непухлинного генезу // Шпитальна хірургія.—2002.—№ 4.—С. 34–36.
11. Эпидемиология артериальной гипертензии и коронарного атеросклероза: Сб. статей / Под ред. И.А.Рывкина.—М.: Медицина, 1969.—Вып. II.—С. 192–205.
12. Blackburn H. The electrocardiogram in population studies. A classification system // Circulation.—1960.—Vol. 21.—P. 1160–1175.
13. Rose G., Blackburn H. Cardiovascular population studies: Methods.—Geneva: WHO, 1966.

Поступила в редакцию 29.12.2006 г.

V.Z.Kotin, A.P.Cheremskoy, S.B.Kutepov

#### PSEUDOCORONARY SYNDROME IN PATIENTS WITH GALLBLADDER PATHOLOGY

An analysis of 14 clinical observations of patients with a pseudocoronary variant of cholecystocardial syndrome against the background of acute cholecystitis and cholelithiasis was made. An incidence of the pseudocoronary syndrome in patients with the pathology in question was precisely estimated. A method of coding using the «Minnesota code» was used for the first time for the estimation of ECG in such category of patients.