

**ХОЛЕЦИСТОКАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ
ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

Гордиевич Д. С.

Научные руководители: ассистент З. В. Грекова, к.м.н., доцент Е. Г. Малаева

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Холецистокардиальный синдром — это комплекс клинических симптомов, проявляющийся болями в области сердца, метаболическими расстройствами в миокарде с нарушением ритма и проводимости, одышкой, а также ухудшением коронарного кровообращения в результате рефлекторных и инфекционно-токсических воздействий на миокард, появляющихся вследствие поражения патологическим процессом желчного пузыря и желчевыводящих путей [1].

Течение заболеваний желчных путей далеко не всегда характеризуется классической клинической картиной, они часто протекают под «маской» другой соматической патологии или имеют скрытое течение [2]. Проявления патологии желчевыводящих путей весьма разнообразны, что обуславливает трудности в постановке диагноза. Выделяют следующие формы течения холецистокардиального синдрома: кардиальную, аллергическую, тиреотоксическую, невротическую, ревматическую, солярную, желудочно-кишечную. Одной из достаточно часто встречающихся «масок» является кардиальная.

Цель

Изучить особенности течения холецистокардиального синдрома при патологии желчевыводящих путей.

Материал и методы исследования

Изучены результаты хирургического лечения 105 пациентов с патологией желчевыводящих путей (методом ретроспективного анализа), находившихся на лечении в хирургическом отделении № 1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$).

Результаты исследования и их обсуждение

Для исследования было отобрано 105 пациентов с острым калькулезным холециститом, из них 55 (52,38 %) человек имели сопутствующее заболевание — ишемическую болезнь сердца (ИБС). Среди обследуемых пациентов было 18 (32,72 %) мужчин и 37 (67,28 %) женщин. Средний возраст пациентов с патологией желчевыводящих путей составил $62,2 \pm 1,8$. Средний возраст пациентов женского пола составил $68,7 \pm 1,8$, а мужского — $65,3 \pm 2,4$, соответственно.

В исследуемой группе у всех пациентов был измерен индекс массы тела (ИМТ) по Кетле. Избыточная масса тела наблюдалась у 87 (82,85 %) пациентов с ЖКБ и у 18 (17,15 %) пациентов с ЖКБ с сопутствующей ИБС.

Среди 55 пациентов с ИБС, процент холецистокардиального синдрома (ХКС), по данным анамнеза и электрокардиографического исследования (ЭКГ) составила — 7,28 % (4 пациента). Из них, 2 (50 %) — мужчины и 2 (50 %) — женщины. Средний возраст пациентов составил $82 \pm 3,21$ лет.

Впервые выявленная, пароксизмальная форма фибрилляций предсердий, связанная с началом печеночной колики, подтвержденная инструментально, была зарегистрирована у 4 (100%) пациентов. Появление загрудинных, сжимающих, периодических болей, без иррадиации, появившиеся с дебютом ЖКБ, отмечали 3 (75 %) человека, 1 (25 %) пациент от-

мечал иррадиацию боли из правого подреберья в область сердца. Интенсивность ХКС была оценена с помощью 5-балльной шкалы ВАШ: 2 (50 %) пациента описали боль как сильную, что соответствует — 4 баллам, 1 (25 %) человек оценил боль как средней интенсивности — 3 балла и 1 (25 %) пациент описал боль как очень сильная — 5 баллов.

Длительность болевого синдрома до 6 часов отмечена у 1 (25 %) пациента, 6–12 часов — у 3 (75 %) пациентов. Резистентность к приему нитратов у пациентов с ХКС для купирования болевого синдрома была выявлена у 4 (100 %) пациентов.

Из 105 обследованных пациентов повышение общего холестерина в крови (выше 5,5 ммоль/л) отмечалось у 60 (57,14 %) пациентов, ЛПНП (более 3,5 ммоль/л) — у 60 (57,14 %) пациентов, повышение ТГ (выше 1,9 ммоль/л) — у 13 (12,38 %) пациентов. При анализе липидного спектра показатель общего холестерина был повышен у пациентов с ЖКБ и ИБС и составил $5,72 \pm 1,55$ ммоль/л, у пациентов с ХКС — $5,83 \pm 1,42$ ммоль/л. Уровень ЛПНП был достоверно выше в группе пациентов с ЖКБ и ИБС $3,51 \pm 1,31$ ммоль/л, у пациентов с ХКС — $3,74 \pm 1,24$ ммоль/л. Уровень ТГ не превышал нормальные показатели и был у пациентов с ЖКБ и ИБС на уровне $1,6 \pm 0,63$ ммоль/л, при ХКС показатель составил — $1,89 \pm 0,89$ ммоль/л.

Выводы

1. Холецистокардиальный синдром клинически схож с проявлениями ИБС, поэтому следует проводить тщательную дифференциальную диагностику между этими состояниями.

2. Характерные ишемические изменения на ЭКГ, избыточная масса тела и дислипидемия в липидном профиле обнаруживаются у более половины пациентов с острым калькулезным холециститом, а холецистокардиальный синдром отмечен у 7 % пациентов с ИБС. При этом у всех пациентов ХКС протекал с нарушением ритма сердца в виде пароксизмальной формы фибрилляций предсердий и сопутствующей ишемической болезнью сердца.

3. Тактика лечения пациента должна приниматься коллегиально хирургом, терапевтом (кардиологом), анестезиологом. При необходимости проводят специальную предоперационную подготовку, включая кардиотропную терапию.

4. При выборе лечения холецистокардиального синдрома, у пациентов с полиморбидностью, необходимо применять малоинвазивные оперативные вмешательства, учитывая тяжесть их состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гриднев, А. Е. Холецистокардиальный синдром / А. Е. Гриднев // Институт терапии им. Л. Т. Малой АМН Украины, г. Харьков // Вестник «Здоровье Украины». — 2015. — № 5. — С. 854.
2. Влияние патологии желчевыводящих путей на риск развития ишемической болезни сердца / А. М. Шилов [и др.] // РМЖ — 2008. — №25. — С. 1625.
3. Дадвани, С. А. Желчнокаменная болезнь / С. А. Дадвани, А. М. Шулушко, П. С. Ветшев. — М.: Видар, 2000. — С. 144.

УДК 616.74-009.11-02

БОТУЛИНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ

Горовая А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Дистония определяется как двигательное расстройство, характеризующееся стойкими или нерегулярными мышечными сокращениями, обуславливающими появление патологических, как правило повторяющихся, движений и (или) патологических поз, нарушающих определенные действия в вовлеченных областях тела [1]. Распространенность дистонии по данным крупных эпидемиологических исследований составляет 16 случаев на 100 тыс. население.