

ЛІПІДНИЙ СПЕКТР КРОВІ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, У СПОЛУЧЕННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

В.Ю. Глущенко

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

В теперішній час проблема сполученої патології внутрішніх органів є однією з найбільш актуальних у внутрішніх хворобах, тому що від 25,6 до 41,7% хронічної соматичної патології характеризується коморбідністю, яка негативно впливає як на клінічний перебіг, так і на прогноз таких захворювань [1, 5]. Встановлено, що сполучення хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ) та гіпертонічної хвороби (ГХ) досить часто зустрічається, особливо у жінок [10]. Відомо, що хронічні захворювання жовчовивідної системи відносяться до найбільш розповсюджених хвороб системи травлення серед населення економічно та соціально розвинутих країн [3], зокрема України [11, 12]. Артеріальна гіпертензія (АГ) нерідко вважається неінфекційною пандемією сучасності, що визначає структуру інвалідизації та летальності при серцево-судинних захворюваннях [4, 9]. Формуванню ХНХ та ГХ передують вплив комплексу екзогенних та ендогенних факторів, що призводять до порушення функціонування місцевих і загальних регуляторних механізмів, дезінтеграції регулюючих систем, розвитку функціональних розладів і структурної дезорганізації міокарду та ЖМ [10, 13]. Відсутність до останнього часу систематизованих уявлень щодо спільних механізмів формування та специфічних особливостей коморбідного перебігу ХНХ та ГХ вимагає подальших досліджень.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана у відповідності з основним планом науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету і є фрагментом теми НДР кафедри пропедевтики внутрішньої медицини: «Реабілітація хворих зі сполученою терапевтичною патологією» (№ держреєстрації 0108U0010837).

Метою роботи стало вивчення показників ліпідного спектру крові у хворих молодого віку з хронічним некалькульозним холециститом, у сполученні з гіпертонічною хворобою.

Матеріали та методи дослідження

Під наглядом знаходилось 130 хворих на ХНХ в поєднанні з ГХ II стадії у віці від 18 до 45 років (класифікація ВООЗ, 1989). До обстеження включали осіб, які не мали порушень вуглеводного обміну, захворювань щитоподібної залози, наднирників, вторинних артеріальних гіпертоній. Серед обстежених було 51 чоловік (39,3%) та 79 жінок (60,7%). Тривалість коморбідної патології за даними медичних документів складала від 2 до 7 років, у середньому $4,2 \pm 0,5$ роки.

У хворих, що знаходились під наглядом, ХНХ був переважно у фазі помірного загострення; за даними анамнезу кількість попередніх загострень ХНХ складала 2-3 рази на рік. У 116 (89,3%) пацієнтів початок захворювання був поступовим. За даними анамнезу розвиток загострень хворі пов'язували зі споживанням жирної, смаженої їжі, а також із нервовим перенапруженням. Частіше загострення ХНХ в осіб молодого віку із сполученою ГХ спостерігалось 1-2 рази на рік (в 46,3% випадках) і найбільш рідкі загострення зустрічалися у 12 (8,9%) хворих – один раз в 2-3 роки.

Верифікація діагнозів здійснювалась на підставі даних анамнезу, клінічної картини, результатів комплексного клінічного, лабораторного та інструментального обстеження. Діагноз ГХ встановлювали відповідно до критеріїв ВООЗ та European Society of Hypertension/European Society Cardiology Guidelines Committee (2007), стадію АГ – відповідно до класифікації уражень органів-мішеней [8]. Діагноз дискінезій ЖМ та ХНХ встановлювали відповідно до існуючих протоколів робочої класифікації ХНХ та класифікації дискінезій жовчовивідних шляхів [2, 7].

За даними анамнезу та медичної документації гіпертонічно-гіперкінетичний варіант дискінезії ЖМ превалював у пацієнтів з тривалістю захворювання до 5 років, гіпотонічно-гіперкінетичний - у хворих з тривалістю захворювання від 5 до 10 років, гіпотонічно-гіпокінетичний - у осіб з тривалістю захворювання понад 10 років.

Стан ліпідного обміну у плазмі крові вивчали за рівнем загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ). Ліпіди досліджувались на автоаналізаторі «Corona» (LKB, Швеція) з використанням ферментативних наборів фірми «Boehringer Mannheim» (Німеччина).

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 3600+ з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office (Microsoft Excel) 2003 [6].

Отримані результати та їх обговорення

Всі показники ліпідного обміну у хворих із коморбідною патологією статистично відрізнялися від норми (табл. 1).

Таблиця 1

Ліпідний спектр крові при ХНХ, поєданого з ГХ у хворих молодого віку (M±m)

Показник	Норма	Обстежені хворі (n=130)	p
ЗХ, ммоль/л	4,15±0,18	6,18±0,23	<0,01
ТГ, ммоль/л	1,2±0,09	2,0±0,12	<0,05
ХС ЛПНЩ, ммоль/л	2,56±0,16	3,37±0,25	<0,05
ХС ЛПДНЩ, ммоль/л	0,68±0,05	0,81±0,08	<0,05
ХС ЛПВЩ, ммоль/л	1,34±0,24	1,18±0,09	<0,05

Рівень ЗХ у пацієнтів із ХНХ, поєданого з ГХ молодого віку коливався в межах – від 2,8 ммоль/л до 7,4 ммоль/л. Середнє значення ЗХ в обстежених хворих складало 6,18±0,23 ммоль/л (p<0,01), тобто кратність зростання дорівнювала 1,5.

Індивідуальний аналіз показав, що у 97 (74,6%) пацієнтів концентрація ЗХ була вище за фізіологічну норму і досягала значень - 5,2±0,14 ммоль/л. У 26 (20,0%) хворих рівень ЗХ був в межах норми дорівнюючи 4,7±0,34 ммоль/л. Водночас у 7 (5,4%) пацієнтів вміст ЗХ у крові знаходився біля нижньої межі норми - 3,3±0,15 ммоль/л (p<0,01).

При дослідженні ТГ у хворих молодого віку на ХНХ, поєданий з ГХ розбіжності показника були від 0,8 до 3,1 ммоль/л. Причому середні рівень ТГ в обстежених дорівнював 2,0±0,12 ммоль/л, що є достовірною відмінністю від фізіологічної норми (p<0,05). При індивідуальному аналізі виявлено, що переважної більшості обстежених (104 осіб – 80,0%) рівень ТГ складав від 0,82 ммоль/л до 1,66 ммоль/л (середнє значення – 1,22±0,07 ммоль/л; p>0,05). У 26 (20,0%) пацієнтів його концентрація перевищувала 2,0 ммоль/л і у середньому складала 2,9±0,36 ммоль/л (p<0,05).

Рівень ХС ЛПНЩ в середньому складав 3,37±0,25 ммоль/л, що достовірно відрізняється від його фізіологічної норми (2,56±0,16

ммоль/л; p<0,05), а розбіжності в концентрації означеного показника були в межах від 2,44 до 5,09 ммоль/л. У більшості (72 чол. – 55,4%) обстежених концентрація ХС ЛПНЩ не виходила за межі фізіологічної норми – 2,71±0,11 ммоль/л (p>0,05). У 58 (44,6%) пацієнтів відзначено збільшення вмісту ХС ЛПНЩ і дорівнювало 4,06±0,57 ммоль/л (коливання від 3,4 ммоль/л до 5,09 ммоль/л).

Розбіжності концентрації ХС ЛПДНЩ у крові хворих молодого віку з ХНХ, поєданого з ГХ – від 0,34 до 1,52 ммоль/л. Середні значення показника складало 0,81±0,08 ммоль/л, що було в 1,2 разів вище за норму (0,68±0,05 ммоль/л; p<0,05). З них у 52 (40,0%) пацієнтів відзначено суттєве зростання (вище 1,3 ммоль/л) концентрації ХС ЛПДНЩ у крові. У 68 (52,3%) пацієнтів спостерігалось помірне підвищення цього показника (від 0,9 ммоль/л до 1,3 ммоль/л). У решти хворих з ХНХ в сполучені з ГХ концентрація ХС ЛПДНЩ залишалася в межах фізіологічної норми, хоча на верхній її межі.

Середнє значення концентрації ЗХ ЛПВЩ складало 1,18±0,09 ммоль/л (p<0,05), що було достовірною відмінністю від його вмісту ХС ЛПВЩ у здорових донорів. Індивідуальний аналіз цього показника показав, що у всіх обстежених пацієнтів на ХНХ, сполученого з ГХ, рівень ХС ЛПВЩ не виходив за межі фізіологічної норми.

Виявлена статистично достовірна позитивна кореляція між рівнем ТГ і ХС ЛПДНЩ у крові хворих (r=+0,499), між ХС ЛПДНЩ і ЗХ (r=+0,734). Проте, в обстежених хворих не було виявлено щільних кореляційних зв'язків між показниками ліпідного обміну і клінічними варіантами дискінезії ЖМ.

Висновки

1. Для хворих на ХНХ, поєданий з ГХ молодого віку характерно розвиток порушень ліпідного обміну у вигляді підвищення рівня ЗХ та ХС ЛПДНЩ, на тлі нормального рівня ТГ та ХС ЛПВЩ.

2. У обстежених пацієнтів в ліпідограмі виявлена статистично достовірна позитивна кореляція між рівнем ТГ і ХС ЛПДНЩ у крові хворих (r=+0,499), між ХС ЛПДНЩ і ЗХ (r=+0,734) та відсутність щільних кореляційних зв'язків між показниками ліпідного обміну і клінічними варіантами дискінезії ЖМ.

3. В подальшому вважаємо перспективним вивчення динаміки показників ліпідограми під впливом традиційної терапії у хворих молодого віку з ХНХ, поєданим з ГХ.

1. Беялов Ф. И. Двенадцать тезисов коморбидности / Ф. И. Беялов // Сочетанные заболевания внутренних органов в терапевтической практике / Ф. И. Беялов - Иркутск, 2009. - С. 47-52.
2. Гастроентерология / Під ред. Н.В. Харченко, О.Я. Бабака. - Київ, 2007. - 720 с.
3. Гастроэнтерология и гепатология. Клинический справочник / Николас Дж. Талли, Василий Исаков, А. Сигал, М. Уэлтман. - М.: Практическая Медицина, 2012. - 570 с. - ISBN 978-5-98811-224-2, 978-0-7295-3775-9
4. Кардиология: национальное руководство / Под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 1232 с.
5. Лазебник Л.Б. Генез полиморбидности / Л.Б. Лазебник, В.Н. Дроздов // Клиническая геронтология. - 2001. - № 1-2. - С. 3-5.
6. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - [2-е изд., перераб. и доп.]. - Киев: Морион, 2001. - 408 с.
7. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» / Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.05. - К., 2005. - С. 45-48.
8. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» / Наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р. - К., 2006. - 146 с.
9. Руководство по кардиологии / Под. ред. В.Н. Коваленко. - Киев: Морион, 2008. - 1424 с.
10. Спільні фактори формування та особливості метаболічних розладів у хворих з поєднаним перебігом хронічного холецистититу та гіпертонічної хвороби / Л.Р. Боброннікова [и др.] // Український медичний альманах. - 2010. - Т. 13, № 3. - С. 26-28.
11. Степанов Ю.М. Гастроентерологічна допомога населенню України: основні показники здоров'я та ресурсне забезпечення у 2011 р. / Ю.М. Степанов, І.Ю. Скирда [Електронний ресурс] // Гастроентерологія. - 2013. - № 1 (47). - Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/35996>
12. Elwood D.R. Cholecystitis / D.R. Elwood // Surg Clin North Am. - 2008. - Vol. 88. - P. 1241-1252.
13. Nesland J.M. Chronic cholecystitis / J.M. Nesland // Ultrastruct. Pathol. - 2004. - Vol. 28, № 3. - P. 121.

Резюме

Глуценко В.Ю. Ліпідний спектр крові у хворих молодого віку з хронічним некалькульозним холециститом, у сполученні з гіпертонічною хворобою.

В статті наведено дані щодо ліпідного спектру крові у хворих молодого віку з хронічним некалькульозним холециститом, у сполученні з гіпертонічною хворобою. Ліпидограми цих пацієнтів характеризувалися підвищенням рівня загального холестерину та ліпопротеїдів дуже низької щільності, на тлі нормального рівня тригліцеридів та ліпопротеїдів високої щільності.

Ключові слова: хронічний некалькульозний холецистит, гіпертонічна хвороба, ліпідний спектр крові.

Резюме

Глуценко В.Ю. Липидный спектр крови у больных молодого возраста с хроническим некалькулезным холециститом, в сочетании с гипертонической болезнью.

В статье приведены данные о липидном спектре крови у больных молодого возраста с хроническим некалькулезным холециститом, в сочетании с гипертонической болезнью. Липидограммы этих пациентов характеризовались повышением уровня общего холестерина и липопротеидов очень низкой плотности, на фоне нормального уровня триглицеридов и липопротеидов высокой плотности.

Ключевые слова: хронический некалькулезный холецистит, гипертоническая болезнь, липидный спектр крови.

Summary

Gluschenko V.Y. Lipoprotein profile of blood in young patients with chronic acalculous cholecystitis in combination with arterial hypertension.

The article presents data on the lipid profile in young patients with chronic acalculous cholecystitis in combination with arterial hypertension. Lipid profile of these patients were characterized an increase in total cholesterol and low-density lipoprotein, against normal levels of triglycerides and high-density lipoprotein.

Key words: chronic acalculous cholecystitis, hypertension, lipoproteins.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М. Іванова