

УДК 616.12-008-616.366-003.7

Л.М. Пивина¹, Р.К. Абдугалиева², Н.Е. Аукунов¹, М.Р. Мадиева¹, Г.Ж. Ызиев³Государственный медицинский университет города Семей¹КГКП «Тарбагатайское медицинское объединение № 2»²Больница скорой медицинской помощи, г. Семей³

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ, СОЧЕТАННЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Аннотация

В статье представлены результаты изучения факторов риска развития болезней системы кровообращения, сочетанных с желчнокаменной болезнью. Показано, что практически в 100% как у мужчин, так и женщин, ЖКБ ассоциируется с тремя и более факторами риска БСК. У лиц обоего пола ведущими являются такие факторы риска как АГ, избыточная масса тела, дислипидемия и низкая физическая активность.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, желчнокаменная болезнь, факторы риска

Наличие нескольких заболеваний у одного больного – одна из проблем клинической практики в последние десятилетия. В 70-90% случаев хронические болезни сочетаются между собой. Это связано с образом жизни, социальными, экологическими условиями жизни человека, увеличением продолжительности жизни человека. Наиболее характерна множественность патологии для людей старших возрастных групп. Взаимовлияние заболеваний, инволютивные процессы естественного старения и лекарственный патоморфоз значительно изменяют клиническую картину и течение заболеваний, характер и тяжесть осложнений, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс. Сроки начала заболеваний, формирующих синдромы полиморбидности, и их хронизация приходится на молодую (30–45 лет) и среднюю (46–60 лет) возраст, а результат их суммарного накопления, начинают проявляться в пожилом (61–75 лет) возрасте.

Данные научных исследований свидетельствуют, что высокая распространенность заболеваний внутренних органов ассоциируется с высокой распространенностью их факторов риска. На практике наиболее часто встречается сочетание БСК с патологией органов пищеварения [1], и, в частности, с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Некоторое единство патогенетических механизмов развития желчнокаменной болезни и атеросклероза, по-видимому, определило частоту встречаемости такой сочетанной патологии, как ЖКБ с ишемической болезнью легких, артериальной гипертонией, мультифокальный атеросклероз. Более того, ряд авторов [2] отмечают продолжающийся неуклонный рост такой сочетанной патологии в последнее десятилетие.

Атеросклероз – также одно из распространенных хронических заболеваний в экономически развитых странах, ведущее к росту риска развития болезней системы кровообращения и коронарных осложнений. Известна общность патогенеза ЖКБ и мультифокального атеросклероза. Так, все заслуживающие внимания теории и гипотезы патогенеза атеросклероза – инфильтрационная теория, тромболипидная теория, перекисная теория, мембранная гипотеза, аутоиммунная теория, вирусная гипотеза [3] – укладываются в рамки двух концепций. Одна из них – плазменная – исходит из того, что в развитии атеросклероза повинны липиды (липопротеины) и некоторые белки (например, фибриноген плазмы). Атерогенными дислипидопроteinемиями в последние годы принято считать гиперхолестеринемии, когда общий холестерин составляет более 5,2 ммоль/л, а холестерин ЛПНП 4,0 ммоль/л; гипертриглицеридемии при концентрации триглицеридов более 2,3 ммоль/л;

гипоальфахолестеринемии при холестерине ЛПВП менее 1 ммоль/л; соотношение общей ХС/ХС-ЛПВП более 5 у. е. Другая концепция – сосудистая – объединяет теории и гипотезы, в которых главное значение в развитии атеросклеротического процесса придается изменениям клеточных, соединительно-тканых и других структур артериальной стенки, возникающим под действием различных повреждающих факторов.

Факторам, связанным с нарушением того же межклеточного метаболизма обязано в большинстве случаев и развитие ЖКБ. Особенно это относится к формированию холестериновых камней и конкрементам смешанного типа. Образование холестериновых камней включает перенасыщение желчи холестерином, изменение соотношения концентрации холестерина и его солюбилизаторов, кристаллизацию, агрегацию жидких кристаллов, насыщение кристаллов холестерином, кристаллизацию холестерина. Таким образом, развитие холелитиаза и формирование атеросклероза патогенетически связаны и опираются на нарушения липидного обмена. У лиц старше 40 лет отмечается корреляция между частотой ЖКБ и уровнем триглицеридов в сыворотке крови [4].

Материалы и методы. Нами обследовано 60 человек с наличием ЖКБ, из них 34 (56,7%) женщин и 26 (43,3%) мужчин в возрасте от 39 до 80 лет. Обследование включало стандартный опрос по протоколу ВОЗ CINDI, 1996 (Country wide Integrated Noncommunicable Diseases Prevention), измерения на выявление факторов риска БСК, специальные клинические, лабораторные, инструментальные методы обследования. Изучены такие основные факторы риска, как артериальная гипертензия (АГ), рассматриваемая нами как самостоятельная нозология и фактор риска других БСК, курение, потребление алкоголя, отягощенная наследственность, низкая физическая активность, гипергликемия, нарушения липидного обмена включавший анализ липидограммы, с оценкой указанных факторов риска по критериям программы ВОЗ CINDI (1996г), рекомендациям ВНОК по АГ (2008г), дислипидемиям (2005г).

Результаты и обсуждение. По возрасту как среди мужчин, так и женщин наибольшей явилась группа 71–80 лет, составившая, соответственно, 38,5% и 41,1%, с тенденцией к увеличению доли больных у женщин с 51 года, а у мужчин с 61 года. Сочетанные формы заболевания (ЖКБ и БСК) диагностированы у 92,3% мужчин и 88,2% женщин. Среди обследованных лиц обоего пола зарегистрировано от двух до пяти факторов риска БСК. Доля лиц с тремя и более факторами риска составила у мужчин 100%, а у женщин 94, 1%, соответственно. У мужчин на первом месте находится группа лиц с пятью

факторами риска (53,8%), далее в равных долях представлены лица с четырьмя и тремя факторами риска (23%). У женщин на первом месте находится группа лиц с четырьмя факторами риска (53%), на втором - с пятью (23,5%) и на третьем с тремя факторами риска (23%).

Ведущими по частоте в целом, независимо от пола, явились такие факторы риска, как избыточная масса тела (93,3%), зарегистрированные в равных долях АГ и низкая физическая активность (90,0%) и употребление алкоголя (86,6%). У мужчин по частоте ведущими факторами риска явились АГ и избыточная масса тела, составившие по 92,3% соответственно. Далее, также в равных долях, были представлены низкая физическая активность, употребление алкоголя и дислипидемия (84,6%) и на третьем - курение (69,2%). У женщин в качестве ведущих факторов риска регистрировались представленные в равных долях низкая физическая активность и избыточная масса тела (94%), затем употребление алкоголя и АГ (88,2%) и на третьем месте - дислипидемия (76,4%).

Таким образом, результаты исследования установили высокую частоту сочетания ЖКБ с АГ среди об-

следованных. Показано, что практически в 100% как у мужчин, так и женщин, ЖКБ ассоциируется с тремя и более факторами риска БСК. У лиц обоего пола ведущими являются такие факторы риска как АГ, избыточная масса тела, дислипидемия и низкая физическая активность. Данные факторы риска, за исключением низкой физической активности, относятся к категории эндогенных и непрерывных по характеру воздействия и обладают системным влиянием на организм индивидуума. Выше изложенное подтверждает общность факторов риска при ЖКБ и АГ и подтверждает их влияние на формирование сочетанных форм заболеваний.

Литература:

1. Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний // Клинич. медицина. – 2008. – № 1. – С. 56-58.
2. Эльштейн Н.В. Современные терапевтические болезни: общие клинические особенности // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 5. – № 6. – С. 227-232.
3. Дудко В.А., Карпов Р.С. Атеросклероз сосудов сердца и головного мозга. - Томск: STT, - 2005.- 416 с.
4. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. - М., - 2001.- 264 с.

Тұжырым

ӨТ – ТАС АУРУЫМЕН ҚОСАРЛАСҚАН ҚАНАЙНАЛЫМ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫН ЗЕРТТЕУ

Л.М. Пивина, Р.К. Абдугалиева, Н.Е. Ауенов, М.Р. Мадиева, Г.Ж. Ыдиев

Семей қ. Мемлекеттік медицина университеті, «Тарбағатай медицина бірлістігі № 2», Семей қ. ҚМҚБ «Жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы»

Мақалада өт – тас ауруымен қосарласқан қанайналым жүйесі ауруларын дамытатын қауіп факторларын зерттеу бойынша нәтижелер көрсетілген. 100% ер адамдарда және әйел адамдарда да өт – тас ауруы қанайналым жүйесінің ауруларының үш немесе одан да көп факторлармен ассоцирленеді. Әйел адамдарда да, ер адамдарда да жетекші факторлар болып АГ, артық дене салмағы, дислипидемия және физикалық белсенділігінің төмен болуы жатады.

Негізгі сөздер: қанайналым жүйесі аурулар, өт – тас ауру, қауіп факторлар.

Summary

THE STUDY OF RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES, COMBINED WITH CHOLELITHIASIS

L.M. Pivina, R.K. Abdugaliyeva, N.E. Aukenov, M.R. Madieva, G.J. Ygiev

Semey State Medical University, Tarbagatay Medical Union № 2», Hospital for emergency medical aid, Semey

In the paper we have presented the results of the study of risk factors for cardiovascular diseases combined with gallstone disease. It is found that 100% of both men and women, gallstone disease is associated with three or more risk factors for cardiovascular diseases. In both sexes the leading risk factors are arterial hypertension, overweight, dyslipidemia, low physical activity.

Key words: cardiovascular disease, gallstone disease, risk factors.

УДК 615.22 – 612.17

Л.И. Павлова, К.С. Калиекова

Государственный медицинский университет города Семей

КАРДИОПРОТЕКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СЕРДЦА

Аннотация

Фармакологические препараты метаболического и цитопротекторного действия, применяемые для коррекции функционального состояния миокарда, обозначают термином "кардиопротекторы".

Ключевые слова: кардиопротекторы: механизмы действия, клеточный метаболизм.

Миокард постоянно нуждается в доставке кислорода, обеспечивающего процесс окислительного фосфорилирования. Ишемию/гипоксию можно трактовать как дисбаланс между доставкой оксигенированной крови к миокарду и его потребностью в кислороде. Если доставка кислорода не соответствует потребностям кар-

диомиоцитов, как у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), так и здоровых людей в условиях чрезмерных физических и эмоциональных нагрузок, функциональное состояние клеток сердечной мышцы ухудшается и возникают клинические симптомы стенокардии.