

5. Філіппов Ю.О. Основные показатели гастроэнтерологической заболеваемости в Украине / Ю.О.Філіппов, І.Ю.Скирда, Л.М.Петречук // Гастроэнтерология: міжвід. збірник. – Дніпропетровськ, 2006. – Вип. 37. – С. 3-9.

6. Хрынюк О.Б. Заболеваемость органов сердечно-сосудистой системы и органов желудочно-кишечного тракта на терапевтическом участке / О.Б. Хрынюк // Научный вестник Тюменской медицинской академии. – 2000. – № 4. – С. 86.

7. Coronary atherosclerotic plaques with and without thrombus in ischemic heart syndromes: a morphologic, immunohistochemical and biochemical study / E. Arbustini, M. Grasso, M. Diegoli [et al.] // Am. J. Cardiol. – 2006. – Vol. 68, № 7. – Н. 36B-50B.

8. Moseley R.H. Liver and biliary tracts / R.H. Moseley // Curr. Opin. Gastroenterol. – 2003. – Vol. 19. – P. 185-193.

9. Pais R. Epidemiology and natural history of nonalcoholic fatty liver disease / R.Pais, V.Ratziu // Rev. Prat. – 2012. – Vol. 62 (10). – P. 1416-1468.

10. Ruales F. Correlation between fatty infiltration of the liver and body mass index, triglycerides and transaminases / F. Ruales, J. Barbano, E. Gómez // Acta Gastroenterol. Latinoam. – 2012. – Vol. 42 (4). – P. 278-284.

Резюме

Іванова Л.М., Луговський Є.О. Спільні фактори ризику у хворих на хронічний некалькульозний холецистит у поєднанні з ішемічною хворобою серця та ожирінням.

В статті наведені спільні фактори виникнення та прогресування поєднаної патології: обтяжена спадковість, нераціональне харчування, гіподінамія, паління.

Ключові слова: хронічний некалькульозний холецистит, ішемічна хвороба серця, ожиріння, фактори ризику.

Резюме

Іванова Л.Н., Луговсков Е.А. Общие факторы риска у больных с хроническим некалькулезным холециститом в сочетании с ишемической болезнью сердца и ожирением.

В статье приведены общие факторы развития и прогрессирования сочетанной патологии: отягощенная наследственность, нерациональное питание, гиподинамия, курение.

Ключевые слова: хронический некалькулезный холецистит, ишемическая болезнь сердца, ожирение, факторы риска.

Summary

Ivanova L.M., Lugovskov E.A. Common risk factors for patients with non-calculous cholecystitis combined with ischemic heart disease and obesity.

In the article authors showed common risk factors of development and progression of combined pathology: burdened heredity, irrational feeding, hypodynamia and smoking.

Key words: non-calculous cholecystitis, ischemic heart disease, obesity, risk factors.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г. Бурмак

УДК 616.36 – 002 – 003.826 + 616.233 – 002.2

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ СПОЛУЧЕНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ ТА ОЖИРІННЯ

**Л.М. Іванова, К.К. Налапко, Ю.В. Сидоренко,
О.А. Холіна, М.В. Височин, Г.С. Ліпатнікова**
ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

У структурі захворюваності значна роль належить сполученій патології, яка зустрічається в 25,6% - 41,7%, негативно впливаючи на клінічний перебіг та прогноз захворювань [3, 9]. За даними сучасних клініко-епідеміологічних досліджень, частота виявлення неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) складає в середньому 23% [1, 5, 10, 12, 13]. В Україні за останні 5 років захворюваність на стеатогепатит підвищилась на 76,5%, а розповсюдженість зросла в 2,2 рази [2, 4, 6]. Первинний НАСГ тісно пов'язаний з ендогенними порушеннями ліпідного та вуглеводного обміну, в тому числі з ожирінням та гіперліпідемією [7, 8, 11]. Водночас хронічний бронхіт (ХБ), за даними ВООЗ, зустрічається у 38% населення віком понад 45 років та у 47% - старше 55 років, а його розповсюдженість коливається від 10 до 20% [9]. Поєднання НАСГ, ХБ та ожиріння може суттєво впливати на характер клінічної картини та перебіг захворювань.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота виконана відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» та є фрагментом НДР кафедри пропедевтики внутрішньої медицини «Медична реабілітація хворих зі сполученою патологією» (№ держреєстрації 0109U004608).

Мета дослідження - визначити особливості клінічного перебігу неалкогольного стеатогепатиту, сполученого з хронічним бронхітом та ожирінням.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим наглядом перебувало 68 хворих на НАСГ у поєднанні з ХБ та ожирінням (жінок 62,5%, чоловіків 37,5%), віком від 23 до 75 років. Тривалість поєднаної патології складала від 1 до 10 років.

Верифікацію НАСГ здійснювали, виходячи з даних анамнезу, клінічного, лабораторного (біохімічного) та сонографічного дослідження органів черевної порожнини відповідно до вимог Наказу МОЗ України від 13.06.2005 року № 271 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія»; ХБ (за МКХ-10 код J 41.0) - на підставі даних анамнезу, клінічного, лабораторного та рентгенологічного дослідження з виключенням пацієнтів з обструктивним компонентом, зазначеним у Наказі МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». Антропометричні дослідження включали вимірювання росту, маси тіла, окружності талії та об'єму стегон. Для оцінки маси тіла був використаний індекс маси тіла (ІМТ) – індекс Кетле, що розраховується як відношення маси тіла (у кілограмах) до зросту (у метрах), зведеного у квадрат. Згідно з критеріями ВООЗ (1998), у пацієнтів при ІМТ 25-29,9 кг/м² діагностували надлишкову вагу, при ІМТ 30-34,9 кг/м² – ожиріння I ступеня, при ІМТ 35-39,9 кг/м² – ожиріння II ступеня, а при ІМТ більше 40 кг/м² – ожиріння III ступеня.

Отримані результати та їх обговорення

У хворих на НАСГ у сполученні з ХБ та ожирінням клінічний перебіг характеризувався поєднанням астеноневротичного (100%), больового абдомінального (88,3%), диспептичного (41,7%) синдромів, гепатомегалії (100%) та ознак ХБ (100%).

У хворих, що були під наглядом, простежувалась клінічна симптоматика з наявністю поєднання ознак ураження печінкової паренхіми та симптоматики астеноневротичного синдрому. Так, підвищена втомлюваність спостерігалася у всіх обстежених хворих, зниження толерантності до фізичного та розумового навантаження у 64 осіб (94,7%), загальна слабкість – у 58 (85,5%), емоційна лабільність – у 59 (87,4%), порушення сну – у 54 (79,1%), підвищена дратівливість – у 30 (44,8%). Больовий абдомінальний синдром проявлявся тяжкістю, помірним тупим або ниючим болем у правому підребер'ї у 60 (88,3%) хворих. Диспептичний синдром характеризувався гіркотою або металевим присмаком у роті у 53 (78,5%) хворих, зниженням апетиту у 26 (37,6%), метеоризмом у 58 (85,8%), порушеннями випорожнення – у 56 (82,7%) хворих.

При фізикальному обстеженні у всіх пацієнтів з поєднаною патологією спостерігалися обкладеність язика білуватим або брудно-жовтим нальотом, у 57 (83,3%) хворих – субіктеричність склер, у 14 (20,8%) – їх блакитне забарвлення (ознака Високовича), у 38 (55,8%)

– мармуровість долонь, у 32 (47,5%) – наявність телеангіектазій, у 42 (62,5%) хворих – пальмарна еритема.

У всіх обстежених (100%) простежувалася гепатомегалія різного ступеня вираженості: при пальпації у 37 (54,4%) пацієнтів визначався тупий, закруглений край печінки, а також його помірна болісність, позитивний симптом Кера відмічався у 25 (36,9%), Ортнера – у 23 (33,6%) хворих.

ХБ проявлявся класичною триадою: кашель, виділення слизистого або слизисто-гнійного харкотиння, задишка при значному фізичному навантаженні. Так, при розпитуванні хворих на НАСГ у сполученні з ХБ та ожирінням встановлено, що основним симптомом ХБ був кашель. Нетривалий кашель виникав періодично, частіше вранці у вигляді «покахування», був малопродуктивним з незначною кількістю харкотиння, а впродовж дня хворий легко відділяв харкотиння. Як правило, сам хворий та його оточіння оцінювали ці симптоми як наслідок тривалого паління.

У 58 (85,8%) пацієнтів спостерігалася задишка, яка виникала під час значного фізичного навантаження.

Під час загострення (анамнестично) підвищення температури тіла спостерігалось у 39 (32,5%) хворих, при цьому вона, як правило, мала характер субфебрильної.

У пацієнтів з поєднаною патологією при об'єктивному обстеженні визначалася нормальна форма грудної клітини. При перкусії легень відмічався ясний легеневи́й звук. При аускультатції незмінене везикулярне дихання визначалося у 58 (85,0%) пацієнтів, у 6 (8,3%) – жорстке дихання, котре у 5 (6,7%) пацієнтів поєднувалося з його послабленням. При загостренні ХБ у 64 (94,4%) обстежених хворих відмічалися сухі хрипи на фоні ослабленого везикулярного або жорсткого дихання, підвищення температури тіла у 66 (96,7%) пацієнтів. Однак основною скаргою у хворих залишався кашель, з появи якого хворі починали відлік тривалості хвороби.

Дані лабораторного (при дослідженні крові зміни були відсутні або визначалися помірні зміни: нейтрофільний лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, незначне підвищення вмісту фібриногену, сілових кислот, позитивна реакція на С-реактивний білок; харкотиння частіше слизове, при загостреннях слизисто-гнійне або гнійне) та інструментального (рентгенологічні зміни відсутні або мало виражені, бронхіальна прохідність збережена, при фібробронхоскопії у 42 (62,5%) хворих ендобронхіт був катаральним, при цьому від-

різнявся різним ступенем вираженості гіперемії, підвищеною кількістю слизового секрету; у 26 (38,5%) пацієнтів було діагностовано гнійний ендобронхіт, який характеризувався наявністю гнійного секрету на тлі помірної гіперемії та набряку слизової оболонки) дослідження, які віддзеркалюють наявність ХБ у стадії помірного загострення або неповної ремісії, у пацієнтів з НАСГ у сполученні з ожирінням також були типовими для даного захворювання.

При антропометричному дослідженні було виявлено, що 57 (47,5%) пацієнтів мали І ступінь, 43 (35,8%) – II ступінь та 20 (16,7%) – III ступінь ожиріння. При цьому інші конституціональні ознаки (ОТ, ОС та коефіцієнт ОТ/ОС) були достовірно підвищені в порівнянні з нормою.

Висновки

1. У хворих з неалкогольним стеатогепатитом у сполученні з хронічним бронхітом та ожирінням клінічний перебіг характеризувався поєднанням астено-невротичного (100%), больового абдомінального (88,3%), диспептичного (41,7%) синдромів, гепатомегалії (100%) та проявів хронічного бронхіту (100%).

2. В подальшому ми плануємо вивчити ланки патогенезу сполученої патології.

Література

1. Бабак О.Я. Решенные и нерешенные вопросы терапии неалкогольной жировой болезни печени в рамках метаболического синдрома / О.Я. Бабак, Е.В. Колесникова // *Український терапевтичний журнал*. – 2006. – № 3. – С. 4-9.
2. Богомолов П.О. Неалкогольная жировая болезнь печени: стеатоз и неалкогольный стеатогепатит / П.О. Богомолов, Ю.О. Шульпенкова // *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии*. – 2004. – № 3. – С. 20-27.
3. Богомолов П.О. Стеатоз печени и неалкогольный стеатогепатит / П.О. Богомолов, Ю.О. Шульпенкова // *Болезни печени и желчевыводящих путей* / Под ред. В.Т. Ивашикина. – [изд. 2-е, испр. и доп.]. – М.: М-Вести, 2005. – С. 205-216.
4. Болезни печени и желчевыводящих путей / Под ред. В.Т. Ивашикина. – [изд. 2-е, испр. и доп.]. – М.: М-Вести, 2005. – 536 с.
5. Бращенко А.В. Неалкогольная болезнь печени: факторы прогрессирования и критерии выбора терапии больных сахарным диабетом 2-го типа / А.В. Бращенко, С.Н. Мехтиев, В.Б. Гриневиц // *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии*. – 2008. – № 1. – С.3-10.
6. Буеверов А.О. Неалкогольная жировая болезнь печени и неалкогольный стеатогепатит / А. О. Буеверов // *Врач*. – 2006. – № 7. – С.1-4.
7. Грузева Т.С. Ожиріння як глобальна проблема громадського здоров'я / Т.С. Грузева, Г.В. Інішкова // *Главный врач*. – 2008. – № 11. – С. 34-36.

8. Ивашкин В.Т. Липотоксичность и метаболические нарушения при ожирении / В.Т. Ивашкин, М.В. Маевская // *РЖГГК*. – 2010. – Т. 20, № 1. – С. 4-13.

9. Маев И.В. Состояние органов пищеварения при хроническом бронхите, бронхиальной астме, эмфиземе легких / И.В. Маев, Л.П. Воробьев, Г.А. Бусарова // *Пульмонология*. – 2002. – № 4. – С. 85 – 92.

10. Cheung O. Recent advances in nonalcoholic fatty liver disease / O. Cheung, A.J. Sanyal // *Curr. Opin. Gastroenterol.* – 2009. – Vol. 25. – P. 230-237.

11. Elevated alanine aminotransferase activity is not associated with dyslipidemias, but related to insulin resistance and higher disease grades in non-diabetic non-alcoholic fatty liver disease / M.E. Ghamar-Chehreh, Mohsen Amini, Hossein Khedmat // *Asian Pac. J Trop. Biomed.* – 2012. Vol. 2 (9). – P. 702-706.

12. Jang B.K. Elevated serum bilirubin levels are inversely associated with nonalcoholic fatty liver disease / B.K. Jang // *Clin. Mol. Hepatol.* – 2012. – Vol. 18 (4). – P. 357-359.

13. Kawakami S. Effects of dietary supplementation with betaine on a nonalcoholic steatohepatitis (NASH) mouse model / S.Kawakami, K.H.Han, Y.J.Nakamura // *Nutr. Sci. Vitaminol (Tokyo)*. – 2012. – Vol. 58 (5). – P. 371-375.

Резюме

Іванова Л.М., Налапко К.К., Сидоренко Ю.В., Холіна О.А., Височин М.В., Ліпатнікова Г.С. Особливості клінічного перебігу сполученої патології у хворих на неалкогольний стеатогепатит, хронічний бронхіт та ожиріння.

У хворих з неалкогольним стеатогепатитом у сполученні з хронічним бронхітом та ожирінням клінічний перебіг характеризувався поєднанням астено-невротичного, больового абдомінального, диспептичного синдромів, гепатомегалії та проявів хронічного бронхіту.

Ключові слова: неалкогольний стеатогепатит, хронічний бронхіт, ожиріння, клініка.

Резюме

Іванова Л.Н., Налапко К.К., Сидоренко Ю.В., Холина Е.А., Височин М.В., Липатникова А.С. Особенности клинического течения сочетанной патологии у больных с неалкогольным стеатогепатитом, хроническим бронхитом и ожирением.

У больных с неалкогольным стеатогепатитом, хроническим бронхитом и ожирением клиническое течение характеризовалось сочетанием астено-невротического, болевого абдоминального, диспептического синдромов, гепатомегалии и проявлениями хронического бронхита.

Ключевые слова: неалкогольный стеатогепатит, хронический бронхит, ожирение, клиника.

Summary

Ivanova L.N., Nalapko K.K., Sydorenko Y.V., Kholina E.A., Vysochin M.V., Lipatnikova A.S. Clinical features of non-alcoholic steatohepatitis, combined with chronic bronchitis in patients with obesity.

In patients with non-alcoholic steatohepatitis, combined with chronic bronchitis and obesity clinical picture was characterized with asthenic-neurotic, pain abdominal, dyspeptic syndromes, hepatomegaly and signs of chronic bronchitis.

Key words: non-alcoholic steatohepatitis, chronic bronchitis, obesity, clinic.

Рецензент: д.мед.н., проф. Я.А. Соцька