

Довнар И.С., Масловская А.А.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ ОРГАНИЗМА НА ФОРМИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Учреждение образования «Гродненский государственный
медицинский университет»

Учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №4»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Желчнокаменная болезнь (далее – ЖКБ) – хроническое заболевание желчных путей и пузыря, характеризующееся наличием в них камней и развитием воспалительного процесса [1, 3]. Заболеваемость ЖКБ в последние десятилетия резко повысилась и продолжает возрастать [5]. В развитых странах эта «болезнь благополучия» встречается чаще, чем в развивающихся. Так как у 80% данных пациентов желчные конкременты состоят в основном из холестерина, напрашивается вывод, что пациенты просто его больше употребляют в пищу, тем более, что их экономическое положение позволяет потреблять больше мясной и жирной пищи [2, 4]. Такое мнение бытовало и бытует среди врачей достаточно широко. Правда, некоторые аспекты трудно объяснить такой теорией. Например, почему заболевание встречается у женщин в 4–5 раз чаще, чем у мужчин.

Цель исследования: изучить частоту стрессовых факторов, которые встречались в жизни больных ЖКБ и сопоставить с аналогичными данными людей, у которых это заболевание отсутствует.

Материал и методы. Проведен углубленный и целенаправленный сбор анамнеза у 57 женщин и 6 мужчин, страдающих ЖКБ. Средний возраст пациентов составил $51,8 \pm 1,9$ лет. 32 пациента поступили в стационар с хроническим, а 31 – с острым калькулезным холециститом. Контрольную группу составили 28 женщин и 7 мужчин аналогичного возраста без клинических и ультразвуковых проявлений холецистита или ЖКБ.

Изучили следующие стрессовые факторы: перенесенные ранее операции, черепно-мозговые травмы (далее – ЧМТ), обильные кровотечения, тяжелые психические травмы. Провели

анализ сопутствующих и перенесенных ранее заболеваний. У женщин изучен гинекологический анамнез.

Результаты. Проведенные исследования показали, что у пациентов с ЖКБ большинство изученных факторов встречались чаще, чем в контрольной группе. Тяжелую психическую травму в своей жизни отмечали 14 (22,2%) пациентов с ЖКБ, в контрольной группе – 6 (17,1%) обследованных. 6,4% пациентов с калькулезным холециститом в прошлом перенесли черепно-мозговую травму, в то время как у обследованных без ЖКБ ЧМТ в анамнезе вообще отсутствовала.

Обильные кровотечения у пациентов с холелитиазом встречались чаще, чем в контрольной группе. Так, 14,3% пациентов с ЖКБ отмечали тяжелые геморагии, в контроле – 8,6%.

2/3 пациентов, страдающих калькулезным холециститом, ранее перенесли оперативные вмешательства. Среди лиц без желчных конкрементов операции были выполнены только каждому второму человеку.

Представляют интерес данные о перенесенных ранее заболеваниях. Так, 6,4% пациентов с ЖКБ ранее лечились по поводу заболеваний щитовидной железы. В контрольной группе никто из пациентов не отмечал данное заболевание.

Однако наиболее доказательным являются перенесенные заболевания печени и почек. Пациенты с холелитиазом в 2 раза чаще лечились по поводу заболеваний печени, чем лица контрольной группы, и в 6 раз чаще находились на лечении по поводу заболеваний почек. Каждый четвертый пациент с желчными конкрементами болел или продолжает болеть какой-либо почечной патологией.

В обеих клинических группах сахарный диабет встречался приблизительно с одинаковой частотой (6–7%). Пациенты с ЖКБ реже болели инфекционными, а женщины гинекологическими заболеваниями. У женщин в обеих группах не отмечено достоверной разницы между средним количеством беременностей, родов и аборт. Однако выявлено, что климакс у пациентов с ЖКБ наступал в среднем на 4 года раньше, чем у лиц контрольной группы ($48,0 \pm 0,8$ и $52,7 \pm 1,0$ лет, соответственно, $p < 0,01$).

Заключение. У пациентов с ЖКБ изученные стрессовые факторы встречались почти в 2 раза чаще, чем у лиц контрольной

группы. Можно предположить, что данные факторы внутренней среды организма играют существенную роль в этиопатогенезе заболевания. Возможен следующий механизм холелитиаза: стрессоры вызывают гормональный дисбаланс, это приводит к нарушению жирового и углеводного обменов, что создает условия для образования желчных конкрементов, Итак, уместен ли термин «болезнь благополучия» для желчнокаменной болезни?

Литература:

1. Гальперин, Э.И. Руководство по хирургии желчных путей. 2-е изд. / Э.И. Гальперин, С.М. Ветшев. – М.: Издательский дом Видар-М, 2009. – 568 с.
2. Галлеев, М.А. Желчнокаменная болезнь и холецистит / М.А. Галлеев [и др.]. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. 280 с.: ил.
3. Желчнокаменная болезнь / С.А. Дадвани [и др.]. – М.: Видар-М, 2000. 139 с.
4. Лейшнер, У. Практическое руководство по заболеванию желчных путей: пер. с англ. / У. Лейшнер. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 264 с.
5. Шерлок, Ш. Заболевания печени и желчных путей: пер. с англ. / Ш. Шерлок, Дж. Дули. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 860 с.

Есис Е.Л.

ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Полноценность пищевого рациона определяет функциональное состояние организма, работоспособность, возможности адаптации, а также характер заболеваемости и продолжительность жизни. Поэтому в комплексе мероприятий по предупреждению неблагоприятного воздействия на состояние здоровья вредных производственных факторов важная роль принадлежит организации патогенетически обоснованного лечебно-профилактического питания, которое повышает степень устойчивости организма [1, 2, 3]. Тем не менее, до настоящего времени вопросы недостаточной нутриентной обеспеченности на фоне вредного воздействия производственных факторов остаются недостаточно изученными.

Цель исследования: оценить алиментарный статус и состояние здоровья женщин-работниц ОАО «Гродно Азот».

Материал и методы. Оценка здоровья работниц