

ЛИТЕРАТУРА

1. *Мартыросов, Э. Г.* Антропометрические методы определения жировой и мышечной массы тела / Э. Г. Мартыросов, С. Г. Руднев // Проблемы современной антропологии (сборник, посвященный 70-летию со дня рождения проф. Б.А. Никитюка). — М.: Флинта. Наука, 2004. — С. 40–62.

2. *Николаев, Д. В.* Мониторинг состояния тренированности спортсменов методом биоимпедансного анализа состава тела / Д. В. Николаев, С. Г. Руднев, А. А. Сорокин // Спортивная медицина. Здоровье и физическая культура. — Сочи, 2011. — С. 41–42.

УДК 616.366-002+616.366-003.7(476.2)

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТА И ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Шваева А. Д., Тригубов В. Н.

Научный руководитель: ас. *С. Ю. Турченко*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Желчекаменная болезнь (ЖКБ) — обменное заболевание гепатобиллиарной системы, характеризующееся образованием камней в печеночных протоках, общем желчном протоке или желчном пузыре. Холецистит — хроническое воспаление желчного пузыря, протекающее с рецидивирующей подострой симптоматикой — является частым осложнением желчнокаменной болезни. Соотношение женщин и мужчин составляет в среднем 4–6:1. Около четверти населения старше 60 лет и треть населения старше 70 лет имеет желчные камни. В связи с этим необходима ее ранняя диагностика и лечение в плановом порядке, для профилактики острых форм течения, где частота осложнений гораздо выше [2].

Наиболее обоснованы три теории образования желчных конкрементов: инфекционная, застоя желчи и нарушения липидного обмена.

Камни в желчном пузыре делят на желчные, коричневые и черные пигментные камни, что говорит о способе их образования и возможного лечения. Когда камень не может самостоятельно покинуть просвет желчновыводящих путей, приходится прибегать к срочному оперативному вмешательству. Вопрос о самой причине камнеобразования до сих пор до конца не изучен. В патогенезе камнеобразования придают большое значение наличию трех патологических процессов: перенасыщению желчи холестерином, усиленной нуклеации и сниженной сократительной способности желчного пузыря [1, 3, 4].

Факторы риска

1. Женский пол. Считается одним из основных факторов риска возможного образования желчных камней. Превышение частоты камнеобразования у женщин над мужчинами происходит до 60 лет, далее частота уравнивается. Поэтому основную роль возникновения холелитиаза у молодых женщин отводят эстрогенам [1].

2. Возраст. Объясняется не только увеличением частоты вследствие старения населения, но и повышением уровня секреции холестерина в желчь, уменьшением образования желчных кислот в пожилом возрасте.

3. Ожирение. Как следствие желчь перенасыщена холестерином.

4. Беременность. Происходит повышение литогенности желчи, вследствие высокого уровня эстрогенов.

5. Снижение массы тела. Быстрое похудание и назначение строгой диеты ведет к камнеобразованию. К основным причинам относят: повышенный уровень секреции холестерина, снижение уровня желчных кислот, повышение продукции муцина.

6. Парентеральное питание. Уменьшение сократительной способности желчного пузыря, стаз желчи.

7. Диабет. Ожирение, снижение моторики желчного пузыря, повышение уровня триглицеридов.

8. Прием некоторых лекарственных препаратов. Пероральные контрацептивы, клофибрат, октреотид [2, 3].

Принято выделять 3 стадии ЖКБ: физико-химическая, латентная и клиническая

Цель

Выявление половозрастной структуры заболевания в Гомельской области и сравнение с общемировыми данными.

Методы и материалы исследования

Статистическая обработка данных за 2009–2010 гг. на основании патологоанатомических заключений ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро».

Результаты исследования и их обсуждение

В 2009 г. зарегистрировано 793 случая холецистита. Соотношение заболеваемости между мужчинами и женщинами представлено на рисунке 1, а острой и хронической формы на рисунке 2. Болели мужчины в возрасте 12–84 года, средний возраст заболевших — 58 лет; женщины в возрасте 11–87, средний возраст 55 лет.



Рисунок 1 — Распределение случаев холецистита у мужчин и женщин в 2009 году

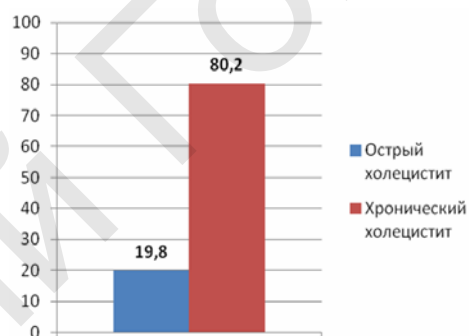


Рисунок 2 — Соотношение заболеваемости острой и хронической формой холецистита в 2009 г.

В 2010 г. зарегистрировано 735 случаев заболевания. Соотношение заболеваемости между мужчинами и женщинами представлено на рисунке 3, а острой и хронической формы на рисунке 4.

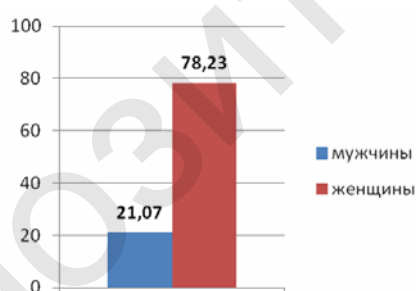


Рисунок 3 — Распределение случаев холецистита у мужчин и женщин в 2010 году



Рисунок 4 — Соотношение заболеваемости острой и хронической формой холецистита в 2010 г.

Болели мужчины в возрасте 2–86 лет, средний возраст заболевших — 52,2 года; женщины в возрасте 8–89, средний возраст 53,2 года.

Выводы

В 2009 г. соотношение мужчины: женщины = 1:6,3; в 2010 году 1:3,7 — это соответствует данным мировой статистики. Средний возраст тоже в рамках мировых данных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Желчнокаменная болезнь / С. А. Дадвани [и др.]. — М.: Издательский дом Видар-М, 2000. — 144 с.
2. Королев, Б. А. Экстренная хирургия желчных путей / Б. А. Королев, Д. Л. Пиковский. — М.: Медицина, 1990. — 240 с.

3. Леонович, С. И. Желчнокаменная болезнь. Острый и хронический калькулезный холецистит: метод. рекомендации / С. И. Леонович, А. И. Протасевич. — Минск: БГМУ, 2004. — 42 с.

4. Осложнения желчнокаменной болезни. Постхолецистэктомический синдром: метод. рекомендации. — Гомель: ГомГМУ, 2009. — 29 с.

УДК: 616.995.1:616.24-008.4-053.21.6

РОЛЬ ТОКСОКАРОЗА В ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Шкарубо М. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *А. И. Зарянкина*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Республика Беларусь, г. Гомель

Введение

Токсокароз — малоизученное, широко распространенное заболевание, вызываемое личинками *Toxocara canis*, характеризующееся длительным рецидивирующим течением и полиорганными поражениями. С начала официальной его регистрации в 1991 г. уровень пораженности населения этой инвазией возрос к 2007 г. в 20 раз. Это связано как с совершенствованием методов диагностики, так и с увеличением численности собак в городах, несоблюдения правил их содержания, отсутствия мер дезинвазии их экскрементов, что приводит к широкой циркуляции возбудителя [3, 4].

Диагностика токсокароза затруднительна ввиду полиморфизма и неопределенности клинических проявлений, поэтому с ним могут встретиться врачи самых разных специальностей — педиатры, терапевты, окулисты, гематологи, гастроэнтерологи, невропатологи, дерматологи и другие [2].

Клинические проявления токсокароза у детей не имеют своих специфических особенностей и часто «маскируются» сопутствующими или обострениями предшествующих заболеваний, что еще более затрудняет диагностику. Родители нередко акцентируют внимание педиатра на установленных ранее диагнозах: бронхиальная астма, атопический дерматит, дискинезия желчевыводящих путей, дисбактериоз, невроз и других [1].

Цель

Изучить роль токсокароза в патологии органов дыхания у детей.

Материалы и методы исследования

Были проанализированы медицинские карты стационарного пациента детей, находящихся на стационарном лечении в инфекционном отделении № 2 УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» с диагнозом «токсокароз».

Результаты исследования и их обсуждение

Серологическое исследование сыворотки крови на антитела к токсокарам проводилось детям с острой патологией органов дыхания при повторных пневмониях, рецидивирующем бронхообструктивном синдроме, эозинофилии, упорном дерматите. В 2008 г. было обследовано на токсокароз 10 детей, положительный результат получен у 1 ребенка. В 2009 г. из 17 обследованных получено 2 положительных результата. В 2010 г. 10 проведенных исследований имели отрицательный результат. В 2011 г. 2 из 8 результатов имели сомнительный титр (1:200), что требовало исключения поражения органа зрения, динамического наблюдения. В 2012 г. проведено 41 исследование, положительный результат получен в 2 случаях, у 2 детей титр составил 1:200. В 2013 г. — 3 исследования, 1 результат в титре 1:200. В 2014 г. — 1 положительный результат из 5 проведенных исследований. Таким образом, за период 2008–2014 гг. при острой патологии органов дыхания диагностировано 6 случаев токсокароза у детей.

Из 6 детей с токсокарозом 4 девочки и 2 мальчика. 5 детей постоянно проживают в сельской местности, 1 ребенок — городской.