

Клинико-функциональное состояние билиарно тракта у работников умственного труда

Бакирова Р.Е., Конакбаева Р.Д., Ларюшина Е.М., Токсамбаева М.Б., Кудабаяева У.М.
Карагандинский государственный медицинский университет, КГКП ОМЦ, Караганда

В патогенезе хронического холецистита имеют значение нарушения сегментарных и надсегментарных структур ВНС, а также тех отделов ЦНС, которые осуществляют интеграцию вегетативных и психических функций (Циммерман С.Я., 2006). Стрессорная активация тонуса симпатической нервной системы может способствовать развитию желчнокаменной болезни за счет торможения двигательной активности желчного пузыря. Застой желчи способствует формированию воспалительного процесса, развитию нейродистрофических изменений стенки пузыря. Это приводит к еще большему нарушению его сократительной способности, вплоть до атонии, и формированию конкрементов (Ильченко А. А., 2004). Многочисленные исследователи заостряют свое внимание на роли повышенных психоэмоциональных нагрузок в развитии патологии пищеварительной системы, однако крайне мало изучены аспекты влияния производственного стресса на формирование и развитие данной патологии у работников умственного труда (РУТ).

Целью исследования явилось изучение клинико-функционального состояния билиарного тракта у работников умственного труда.

Материал и методы исследования: Обследовано 155 РУТ (57 мужчин и 98 женщин) в возрасте 21- 63 лет (средний возраст - $39,54 \pm 0,49$ года). В группу сравнения (2 группа) включены лица, не работающие в данной сфере, сопоставимые с основной группой по возрасту и полу. В группу контроля вошли практически здоровые лица ($n=20$), не являющиеся РУТ. Всем работникам, кроме общеклинического обследования проводилось фракционное дуоденальное зондирование (ФДЗ), УЗИ гепатодуоденальной зоны.

Результаты исследования: При опросе $75,48 \pm 3,45\%$ РУТ предъявляли жалобы на боли в области правого подреберья различного характера. Диспепсические проявления в виде горечи во рту отмечены в $30,97 \pm 3,71\%$ случаев, отрыжка – в $25,16 \pm 3,48\%$, метеоризм – в $20,65 \pm 3,25\%$,

расстройство стула - в $10,97 \pm 2,51\%$. Астеновегетативный синдром имел место у $72,26 \pm 3,59\%$ РУТ. У 9 лиц выявлена нерезко выраженная желтушность кожных покровов лица, у 19 – иктеричность склер. Увеличение печени выявлено у $4,52 \pm 1,67\%$ больных, болезненность в правом подреберье при пальпации - у $69,7 \pm 3,69\%$.

При проведении ФДЗ нормальная функция желчного пузыря установлена только у 16 РУТ, что в 2,4 раза ($p < 0,01$) меньше чем в группе сравнения. Среди лиц основной группы в 2,6 раз больше выявлено лиц с гипертонусом сфинктера Одди в сопоставлении с группой сравнения ($p < 0,01$). Нарушение тонуса сфинктера Люткенса не имело достоверных межгрупповых различий. У пациентов с повышенным психоэмоциональным напряжением в 2,3 раза достоверно ($p < 0,05$) чаще имел место гипотонус желчного пузыря ($47,73 \pm 5,33\%$ против $21,21 \pm 5,03\%$ в группе сравнения). Гипертонус желчного пузыря в группе сравнения встречался несколько чаще (19 случаев – $28,78 \pm 5,57\%$), но достоверных различий в сравнении с основной группой не имел. В первой группе гипертонус желчного пузыря выявлен у 10 больных. Пузырный рефлекс не получен у 2 ($2,27 \pm 1,58\%$) пациентов первой группы и у 6 ($9,09 \pm 3,54\%$) больных второй группы. У 12 ($13,64 \pm 3,66\%$) больных первой группы выявлены изолированные дискинетические расстройства билиарного тракта по гипертоническому типу, у 28 ($31,82 \pm 4,96\%$) - по гипотоническому, а у 22 ($25,00 \pm 4,62\%$) – по смешанному. У четверти пациентов обеих групп выявлен диссинергизм сфинктеров Люткенса и Одди.

Таким образом, полученные данные о состоянии моторно-эвакуаторной функции билиарного тракта свидетельствуют о том, что повышенное психоэмоциональное напряжение приводит к гипотоническо-гипокинетическому расстройству тонуса и моторики желчного пузыря с нарушением деятельности сфинктерного аппарата, приводящего к застою желчи и дисхолии с развитием воспалительного процесса в стенке желчного пузыря.

Объективная оценка печеночной гемодинамики методом ультразвукового исследования при циррозах печени

Баркибаева Н.Р., Жумадилова З.К., Кулмагамбетов А.О., Алина К.М., Мурина Н.А.
Медицинский центр ГМУ г. Семей

Скринингом в выявлении заболевания печени на сегодняшний день остаются лучевые методы диагностики. главным образом широко доступное ультразвуковое (УЗИ) исследование (Черешнева Ю.Н., Митьков В.В., 2000). Однако визуализация признаков цирроза печени посредством УЗИ нельзя отнести к ранним методам диагностики заболевания. Более того, учитывая, что развитие ЦП влияет на гемодинамические параметры, внедрение цветного и дуплексного доплеровского исследования является доступным неинвазивным исследованием для диагностики и наблюдения за течением цирроза печени и портальной гипертензии. Целью настоящего исследования явилась оптимизация диагностики циррозов печени методом ультразвуковой диагностики.

Материалы и методы. В гастроэнтерологическом отделении Медицинского центра ГМУ г. Семей у 25 больных с достоверным диагнозом ЦП проводилась визуализация признаков заболевания методом ультразвуковой диа-

гностики, в том числе и сосудов печени с определением линейной скорости кровотока в печеночной и селезеночной артерии и воротной вене. Преимущественно это были женщины (60%), средний возраст больных составил $40,22 \pm 3,7$ года. По этиологии различали 32% вирусных, 16% аутоиммунных, 52% алкогольных циррозов печени. Клиническая оценка степени тяжести по Чальду-Пью выявила класс А у 32% больных, «В» - 44%, «С» - 24% всех случаев. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате Aloka SSD-1400, Япония.

Результаты исследования. При ультразвуковой визуализации прежде всего обращают внимание размеры печени, которые у 55% наших больных были изменены – явное увеличение только правой доли было обнаружено у 80% больных гепатомегалией, левой доли – у 40%. Однако гепатомегалия, наряду с неоднородностью структуры печеночной ткани, оценкой контуров, определения закругленности углов, выявляемые на УЗИ не могут являться