

2. Богадельников И.В. Дифференциальный диагноз инфекционных болезней у детей /Богадельников И.В. - Симферополь, 2009, - 689с.
3. Богадельников И.В. Справочник по инфекционным болезням у детей. /Под ред. Богадельникова И.В., Кубышкина А.В., Лободы М.В. - К. - Симферополь, - 2008. - 432с.
4. Возіанова Ж.І. Інфекційні та паразитарні хвороби /Возіанова Ж.І. — К.: Здоров'я, 2000. -Т. 1-854с.
5. Дворецкий Л.И. Лихорадка неясного генеза в клинике внутренних болезней /Дворецкий Л.И. - М. -1997. - 53с.
6. Долгих М. С. Герпесвирусные инфекции у иммунодефицитных пациентов /Долгих М.С. // Тер. архив. – 2001. – № 11. – С. 59–65.
7. Иванова В. В. Иммунопатогенез инфекционной болезни у детей /Иванова В. В., Железникова Г. Ф., Шилова И. В. // Детские инфекции. – 2005.–Т.4,№1.–С.6–11.
8. Квашнина Л.В. Лихорадки неясного генеза /Квашнина Л.В. - <http://translate.googleusercontent.com/>.
9. Коровина Н.А. Острая лихорадка у детей /Коровина Н.А., Захарова И.М., Заплатников А.П. //Медицина сегодня. - №20 (346). - 2010. -<http://translate.googleusercontent.com/>.
10. Крамарев С.О. Інфекційні хвороби у дітей (клінічні лекції) /Крамарев С.О.– К.:Моріон.–2006.–479с.
11. Лобзин Ю.В. Руководство по инфекционным болезням /Лобзин Ю.В. — СПб: Фолиант, 2000. — 674 с.
12. Локшина Э.Э. Лихорадка у детей: тактика педиатра /Локшина Э.Э., Локшина О.Э., Зайцева О.В. //Лечащий врач.-2010.-<http://translate.googleusercontent.com/>.
13. Литвиненко Н. Г. Епштейн-Барр вірусна інфекція /Литвиненко Н. Г. //Інфекційні хвороби у дітей /За ред. С. О. Крамарева. – К.: МОРІОН, 2003. – С. 56–68.
14. Наказ МОЗ України від 08.10.2007 № 626. - Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з гарячкою невідомого походження.
15. Рекомендации ВОЗ «Лечение лихорадки при острых респираторных инфекциях у детей» (WHO, 1993).
16. Тимченко В.Н. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций /Тимченко В.Н., Леванович В.В., Михайлов И.Б., - С.Пб.: ЭЛБИ-СПб. – 2010. – 432с.
17. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей /Учайкин В.Ф. «ГЭОНТАР медицина.» - М.: 1998. – 806с.
18. Фролов В. М. Синдром хронической усталости и иммунной дисфункции в практике врача-инфекциониста / Фролов В. М. //Сучасні інфекції. – 2000. – №2.–С.102–108.
19. Cohen J. I. Epstein-Barr virus infection /Cohen J.I.// N. Engl. J. Med. – 2000.–V.343.–P.481–492.
20. Kawa K. Epstein-Barr virus-associated diseases in humans /Kawa K. // Inf. J. Hematol.–2000.–V.71.–P.108–117.
21. Teeling J. History, biological mechanisms of action and clinical indication of intravenous immunoglobulin preparation /Teeling J., Bleeker W., Hack C. //Rev. Med. Microbiol. – 2002. – V. 13. – P. 91–100.

Реферати

ЛИХОРАДКИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

Пікуль К.В., Ільченко В.І., Прилуцький К.Ю.,
Калюжка Е.А., Фастовець М.М.

Актуальность проблемы «Лихорадки неясного генеза» обусловлена возрастанием частоты встановленого предварительного диагноза педиатрами амбулаторного звена на Украине за последние 5 лет, большой вариабельностью причин болезни, сложностью специфической диагностики, что ведёт к диагностическим ошибкам, несвоевременному лечению детей, снижению доверия пациента к врачу. В статье авторы, кроме литературного обзора, приводят клинический пример ребёнка с диагнозом: «Лихорадка неясного генеза».

Ключевые слова: дети, лихорадка неясного генеза, обследование, лечение.

Стаття надійшла 26.01.2012 р.

FEVER OF UNKNOWN ORIGIN

Pikul K.V., Pchenko V.I., Prilutskiy K.J.,
Kalyuzhka E.A., Fastovets M.N.

Importance of the problem caused by increasing frequency formulation the preliminary diagnosis of fever of unknown origin outpatient pediatricians over the last 5 years in Ukraine. Variability of the causes of illness and difficulty of its specific identification lead to diagnostic errors, untimely treatment and loss of confidence to doctor. The authors in the article, except a literary review, make a clinical example of child with the diagnosis of fever of unknown origin.

Key words: children, fever of unknown origin, examination, treatment.

УДК 616.361-002.2

И.А.Салигов, А.А.Гидантов

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

Диспансер-поликлиническое объединение Марнеульского района Грузии

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ С НЕКОТОРЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Целью работы было изучение взаимосвязи хронических заболеваний желчевыводящих путей с некоторыми широко распространенными хроническими заболеваниями: артериальная гипертензия, сахарный диабет, язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, болезни щитовидной железы, почечнокаменная болезнь. Осуществлено двухмоментное обследование азербайджанского населения, проживающего в селах Марнеульского района Грузии. Распространенность заболеваний желчевыводящих путей находится в тесной корреляции с эпидемическим ростом других «болезней цивилизации», протекающих с глубокими метаболическими нарушениями: артериальной гипертензией, болезнью щитовидной железы, почечнокаменной болезнью, и СД типа 2.

Ключевые слова: хронические заболевания желчевыводящих путей, хронические заболевания, корреляция.

Хронические заболевания желчевыводящих путей (желчекаменная болезнь (ЖКБ), хронический бескаменный холецистит) принадлежат к числу наиболее распространенных гастроэнтерологических болезней.

В этой связи их распространенность, патогенез и лечение интенсивно изучаются во всем мире. Однако надо отметить, что в основном эти исследования носят монозоологический характер и не учитываются взаимосвязи этих заболеваний с другими хроническими болезнями. Недостаточно изучена связь ЖКБ с другими широко распространенными хроническими болезнями. Органы желудочно-кишечного тракта тесно взаимосвязаны с другими системами, поэтому патология желчного пузыря должна отражаться на функционировании других органов. Однако работ, посвященных данной проблеме мало. [2,12] В ряде исследований обнаружена связь ЖКБ с сахарным диабетом и метаболическим синдромом. [3,13,15] Имеются сообщения об ассоциации кардиоваскулярных болезней с ЖКБ. [2,5,13] Некоторые исследователи считают, что желчные кислоты в организме выполняют также эндокринную функцию. [4] Имеются единичные работы о влиянии патологии щитовидной железы на желчный пузырь. [2,12] Надо отметить, что взаимосвязь хронического бескаменного холецистита с другими болезнями не изучена. Все вышеизложенное позволяет считать актуальным проведение комплексного исследования распространенности, особенностей взаимосвязи хронических заболеваний желчевыводящих путей с другими широко распространенными заболеваниями. При выявлении их взаимосвязи и корреляции, терапии, можно улучшить качество жизни пациентов с ЖКБ, повысить эффективность консервативного лечения.

Целью работы было изучение взаимосвязи хронических заболеваний желчевыводящих путей с некоторыми широко распространенными хроническими заболеваниями: артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД II типа), язвенная болезнь 12-ти перстной кишки (ЯБДК), болезни щитовидной железы (БЩЖ), почечнокаменной болезни (ПКБ).

Материал и методы исследования. Осуществлено двухмоментное обследование азербайджанского населения, проживающего в селах Марнеульского района Грузии. На первом этапе, для выявления клинических проявлений заболеваний желчевыводящих путей и распространенности хронических заболеваний, использовался метод анкетирования. На втором этапе осуществляли обследование лиц с диспепсическими жалобами и здоровых добровольцев, у которых во время опроса не было выявлено характерных жалоб. Во время обследования выполнено ультразвуковое сканирование, измерение артериального давления, определение содержания глюкозы в крови. Проводили стандартное двукратное измерение артериального давления (АД) с учетом среднего из двух измерений. За артериальную гипертензию (АГ), принимался по критериям ВОЗ 1999 г. — уровень систолического АД ≥ 140 мм рт.ст., диастолического — ≥ 90 мм. Распространенность язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) установлена по данным анкетирования. ЯБДК считалась установленной в том случае, если имелось хотя бы одно документированное обострение болезни. Заболевание щитовидной железы установлено по медицинским документам. При диагностике ЖКБ пользовались стандартными ультразвуковыми критериями. [5,6,7,8] Диагноз хронического бескаменного холецистита установлен при сочетании характерных ультразвуковых признаков с диспепсическими жалобами. На первом этапе осмотрено 4546 жителей (2225 мужчин, 2321 женщин) старше 15 лет. На втором этапе обследовано 1508 жителей (636 мужчин, 872 женщин). Из этих обследованных 675 пациентов (235 мужчин и 440 женщин) были с диспепсическими жалобами, а 833 человек (401 мужчина, 432 женщины) не предъявлявшие при опросе диспепсических жалоб. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «SPSS 11,0». Вычисляли отношение шансов (OR), относительный риск, 95%-й доверительный интервал (95% CI), коэффициент корреляции Пирсона. Различия между группами оценивали с помощью критерия χ^2 , критерием статистической достоверности считали уровень $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Распространенность хронического бескаменного холецистита (ХБХ) среди жителей обследованной популяции старше 15-ти лет была равна $6,3 \pm 0,36$ % (у женщин $7,8 \pm 0,56$ %, у мужчин $4,7 \pm 0,45$ %). Частота встречаемости хронического бескаменного холецистита у женщин достоверно выше, чем у мужчин ($\chi^2 = 18,87$; $0,45 < OR < 0,74$; $p < 0,001$). Стандартизованная по возрасту частота холелитиаза ЖКБ составила для мужчин 1,7%, для женщин 7,4% и 4,6% для лиц обоего пола. Распространенность ЖКБ выше у женщин, чем у мужчин ($\chi^2 = 64,8$, $0,11 < OR < 0,28$; $p < 0,001$). В обследованной популяции установленная распространенность АГ составила $9,2 \pm 0,4$ % (8.0% у мужчин, 10.3% у женщин), ЯБДК - $2,3 \pm 0,2$ % (3.8% у мужчин, 0.9% у женщин), ПКБ - $3,0 \pm 0,2$ % (2.4% у мужчин, 3,3% у женщин); СД II типа $1,8 \pm 0,2$ %, (1,3% у мужчин, 1,7% у женщин), БЩЖ $2,0 \pm 0,2$ % (0,5% у мужчин, 3,4% у женщин). Распространенность заболевания щитовидной железы и артериальной гипертензии достоверно выше у женщин ($p < 0,001$). В распространенности ПКБ ($p > 0,05$) и СД II типа ($p > 0,05$) половых различий не отмечается. ЯБДК выявлена у мужчин чаще, чем у женщин ($p < 0,001$).

У больных с ХБХ АГ выявлена в 24,9 % (у мужчин-22,1%, у женщин-26,5%), ЯБДК - 9,8% (у мужчин-18,3%, у женщин-5,0%), ПКБ - 5,3% (у мужчин-4,8%, у женщин-5,5%), СД II типа 8,8% (у мужчин-6,7%, у женщин-8,8%), БЩЖ 7,7% (у мужчин-1,9%, у женщин-12,7%). (рис.1) Таким образом, у больных с ХБХ относительный риск составил для артериальной гипертензии 2,7 (95% CI=2,4-3,0, $\chi^2=62,5$; $p < 0,001$), для ЯБДК - 4,2 (95% CI=3,3-4,8, $\chi^2=53,0$ $p < 0,001$), почечнокаменной болезни 1,7 (95% CI=1,0-2,2, $\chi^2=3,6$, $p > 0,05$), для СД II типа 5,0 (95% CI=4,0-5,2, $\chi^2=58,7$; $p < 0,001$), для заболеваний щитовидной железы 3,9 (95% CI=2,9-4,6, $\chi^2=35,6$, $p < 0,005$).

У мужчин с ХБХ относительный риск АГ- 2,8 (95% CI=2,0-3,3), ЯБДК - 5,0 (95% CI=3,8-5,8), ПКБ - 2,6 (95% CI=0,3-2,6), СД II типа - 7,4 (95% CI=4,7-8,6), БЩЖ - 3,9 (95% CI=3,9-5,6). У женщин с ХБХ

относительный риск АГ - 2,6 (95% CI=2,2-2,9), ЯБДК - 4,9 (95% CI=2,7-5,8), ПКБ - 1,7 (95% CI=0,8-2,2), СД II типа - 4,8 (95% CI=3,5-5,5), БЩЖ - 3,3 (95% CI=2,4-3,8).

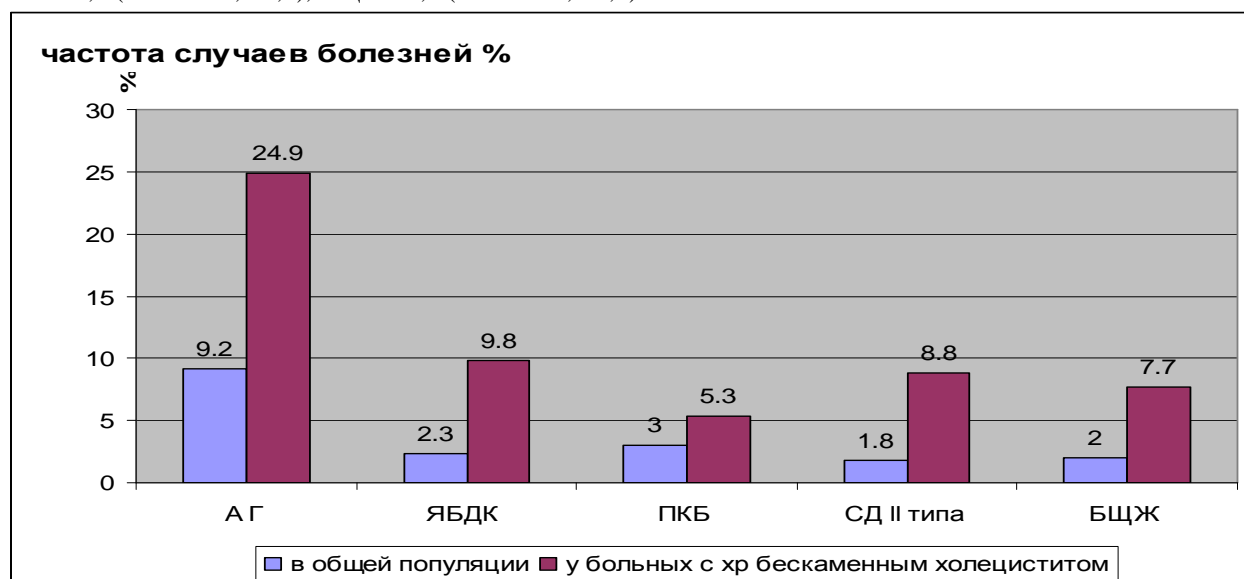


Рис. 1. Сравнительные данные распространенности хронических заболеваний в общей популяции старше 15 лет и у больных с хроническим бескаменным холециститом

У больных с ЖКБ АГ выявлена в 29,6 % (у мужчин-40,0%, у женщин-27,8%), ЯБДК выявлена в 2,2 % (у мужчин-10%, у женщин-0,9%), ПКБ в 17,8 % (у мужчин-35%, у женщин-14,8%), СД II типа 7,4 % (у мужчин-10%, у женщин-7,0%), а болезни щитовидной железы - 11,9 % (у мужчин-5,0%, у женщин-13,0%). (рис.2) У больных с ЖКБ относительный риск составил для АГ 3,2 (95% CI=2,6-3,7, $\chi^2=62,5$; $p<0,005$), почечнокаменной болезни 5,9 (95% CI=4,4-6,9, $\chi^2=81,7$, $p<0,001$), СД II типа - 4,2 (95% CI=2,1-5,5; $\chi^2=26,2$, $p<0,001$), БЩЖ - 6,1 (95% CI=4,1-7,4, $\chi^2=59,3$, $p<0,001$). Относительный риск ЯБДК у таких больных составила 0,9 (95% CI= -0,2-1,7, $\chi^2=0,13$ $p>0,05$). У мужчин с ЖКБ относительный риск АГ -5,0 (95% CI=2,6-6,8), ЯБДК - 2,6 (95% CI=-1,1-5,1), ПКБ - 11,5 (95% CI=5,9-11,9), СД II типа - 6,5 (95% CI=-3,4-11,4), БЩЖ - 9,3 (95% CI=-20,7-17,4). У женщин с ЖКБ относительный риск АГ- 2,7 (95% CI=2,2-3,1), ЯБДК - 1,0 (95% CI=-1,7-2,7), ПКБ - 4,9 (95% CI=3,5-5,7), СД II типа - 3,5 (95% CI=1,6-4,6), БЩЖ -3,9 (95% CI=2,6-4,8).

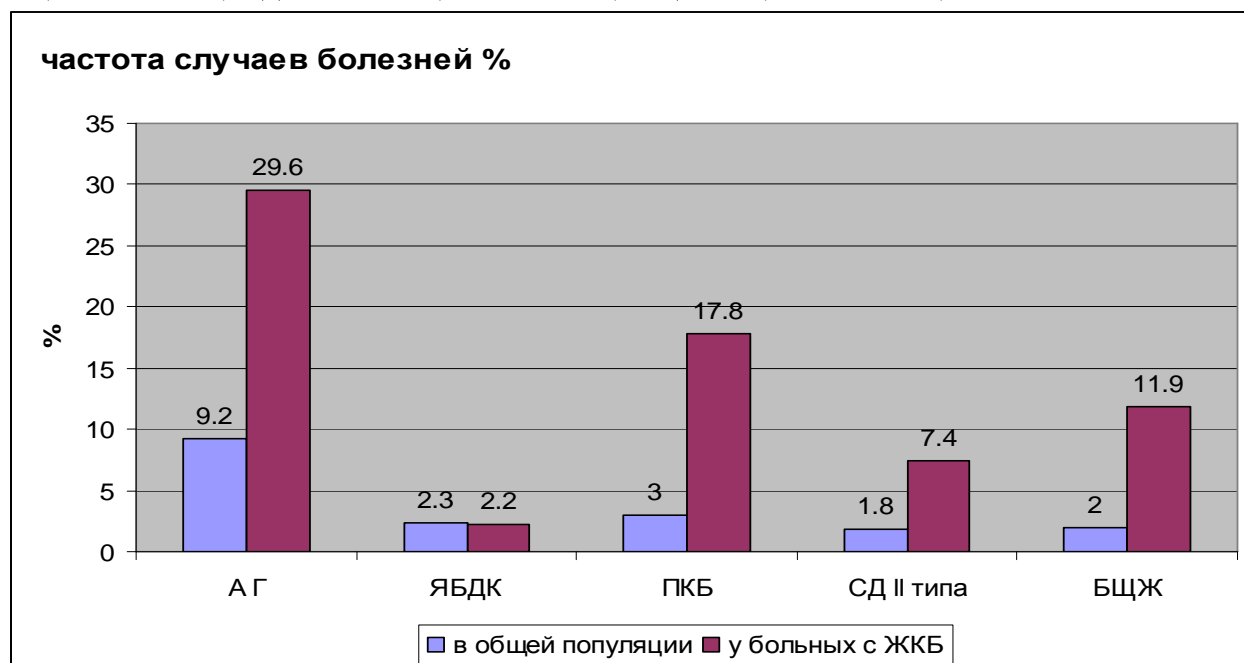


Рис. 2 Сравнительные данные распространенности хронических заболеваний, в общей популяции старше 15 лет и у больных с ЖКБ

Таким образом, относительный риск ЯБДК, сахарного диабета II типа, БЩЖ у больных с ХБХ выше, чем в общей популяции. А у больных с ЖКБ относительный риск АГ, ПКБ, СД II типа, и болезни щитовидной железы выше, чем в популяции. Как видно ЖКБ больше ассоциируется с заболеваниями нарушения обмена веществ, а ХБХ с заболеваниями воспалительного характера. Ассоциация ЯБДК более выражена у больных с

хроническим холециститом. Можно предположить роль *Helicobacter pylori* и в развитии хронического холецистита. Надо отметить, что у больных с заболеваниями желчевыводящих путей риск сопутствующих заболеваний не зависит от половых различий. Полученные нами результаты согласуются с выводами других исследователей. [1,2,9,12,15]

Заключение

Распространенность заболеваний желчевыводящих путей находится в тесной корреляции с эпидемическим ростом других «болезней цивилизации», протекающих с глубокими метаболическими нарушениями: артериальной гипертонией, болезнью щитовидной железы, почечнокаменной болезнью, и СД типа 2.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении. Необходимо проведение скринингового исследования среди людей с глубокими метаболическими нарушениями: артериальной гипертонией, болезнью щитовидной железы, почечнокаменной болезнью, и СД типа 2 для выявления заболеваний желчевыводящих путей, в том числе на ранней стадии заболевания независимо от характера жалоб, возраста и пола.

Литература

1. Грищенко Н.Н. *Helicobacter pylori* и заболевания желчевыводящих путей: новая проблема? / Грищенко Н.Н., Цуканов В.В., Иваников И.О. [и соавт.] // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 2001. - № 2 (Прилож. № 13). - С. 30.
2. Вахрушев Я.М. Изучение уровня гормонов в крови у больных с деформацией желчного пузыря / Вахрушев Я.М., Петрова Л.И., Сучкова Е.В. // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2003. - № 2-3. — С. 31.
3. Вовк Е.И. Желчнокаменная болезнь в XXI веке: лечение или профилактика? // Гастроэнтерология № 2.- 2010.- стр. 3-10.
4. Зубовский Г.А. Лучевая и ультразвуковая диагностика заболеваний печени и желчных путей. - М.: Медицина. - 1988.-240с.
5. Ивашкин В.Т. Гастроэнтерология XXI века // Рос. мед. журн. -2000 (17).- с.697-703
6. Курилович С.А. Эпидемиология заболеваний органов пищеварения в западной Сибири // Под редакцией академика Ю.П.Никитина / Курилович С.А., Решетников О.В. // Новосибирск.-2000.- 142 ст.
7. Куделькина Н.А. Ассоциируемые с желчнокаменной болезнью факторы риска (клинико-эпидемиологические исследования) / Куделькина Н.А., Елисеенко А.В. // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2003.-№ 2-3.-с.87.
8. Куделькина Н.А. Распространенность патологии билиарного тракта среди железнодорожников Западной Сибири / Куделькина Н.А., Елисеенко А.В. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2004.- (5).-с.102.
9. Мансуров Х.Х. Инсулинорезистентность у больных метаболическим синдромом и желчно-каменной болезнью / Мансуров Х.Х., Мироджов Г.К., Мансурова Ф.Х. [и соавт.] // Клиническая медицина, 2005. Т. 83, № 7, с. 48-51.
10. Пашенко И.Г. Особенности клинического течения ишемической болезни сердца у больных желчнокаменной болезнью / Пашенко И.Г., Смирнова А.Ю. // Врач-аспирант. 2008.- № 1.- с. 42-46
11. Поляруш Н.А. Постпрандиальная липемия и инсулинемия у женщин с ожирением и желчнокаменной болезнью / Поляруш Н.А., Дворянина И.В., Мочалов А.А. [и соавт.] // Проблемы эндокринологии.-2006.-Т.52.-№ 6.-с.26-30.
12. Рыжкова О. В. Клинико-патогенетические особенности, распространенность и лечение желчнокаменной болезни у работников нефтяной промышленности Татарстана с позиции системного подхода. Автореф. дис. . д-ра мед. наук Казань, 2007. - 23 с.
13. Liu C.M. A community based epidemiologic study on gallstone disease among type 2 diabetics in Kinmen, Taiwan. / Liu C.M., Tung T.H., Liu J.H. [et al.] // Dig Dis 2004; 22:87-91.
14. Mendez-Sanchez N. Strong association between gallstones and cardiovascular disease. / Mendez-Sanchez N., Bahena-Aponte J., Chavez-Tapia N. C. [et al.] // Am J Gastroenterology 2005; 100 (4): 827-30.
15. Watanabe M. Bile acids induce energy expenditure by promoting intracellular thyroid hormone activation. / Watanabe M., Houten S.M., Matakis C. [et al.] // Nature 2006; 439:484-9.

Реферати

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗАХВОРЮВАНЬ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ З ДЕЯКИМИ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЕД СІЛЬСЬКИХ ЖИТЕЛІВ

Садигов І.А., Гидаятов А.А.

Метою роботи було вивчення взаємозв'язку хронічних захворювань жовчовивідних шляхів з деякими широко поширеними хронічними захворюваннями: артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, виразкова хвороба 12-ти палой кишки, хвороби щитоподібної залози, нирковокам'яної хвороби. Здійснено двомоментне обстеження азербайджанського населення, що проживає в селах Марнеульського району Грузії. Поширеність захворювань жовчовивідних шляхів знаходиться в тісній кореляції з епідемічним зростанням інших "хвороб цивілізації", що протікають з глибокими метаболическими порушеннями: артеріальною гіпертонією, хворобою щитовидної залози, нирковокам'яною хворобою, і цукровий діабет типу 2.

Ключові слова: хронічні захворювання жовчовивідних шляхів, хронічні захворювання, кореляція.

Стаття надійшла 2.02.2012 р.

RELATIONSHIP OF BILIARY TRACT DISEASES WITH SOME CHRONIC DISEASES AMONG THE RURAL POPULATION

Sadigov I.A., Gidayatov A.A.

The purpose of research was to examine the relationship of chronic biliary tract disease, with some prevalent chronic diseases: hypertension (AH), diabetes mellitus (DM type II), peptic ulcer, 12 duodenal ulcer (DU), thyroid disease (TD), nephrolithiasis (NL). Carried out a survey two-staged examination of the Azerbaijan population living in villages of Marneuli region of Georgia. Prevalence of diseases of biliary tract are in close correlation with the epidemic rise of other "diseases of civilization" that occur with profound metabolic disorders: hypertension, thyroid disease, kidney disease and type 2 diabetes.

Key words: chronic biliary tract disease, chronic disease, correlation.