

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛИПИДОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БЕСКАМЕННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ И ХОЛЕСТЕРОЗЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Н.В.Екимова, В.Г.Субботина, Ю.Б.Власенко, А.Н.Петракова  
Саратов, Россия

Холестероз желчного пузыря (ХЖП) принято считать редким и труднодиагностируемым заболеванием. Частота поражения желчного пузыря холестерозом не зависит от пола и встречается у лиц любого возраста (от 13 до 94 лет), хотя преобладающим возрастным интервалом является 36-65 лет. По данным статистики, он выявляется в 39 % случаев при холецистэктомии и в 46 % при аутопсии. Этиология и патогенез этого заболевания не изучены, однако очевидна его связь с нарушениями метаболизма липидов. Являются ли эти нарушения следствием патологических процессов в самом желчном пузыре или локальным проявлением изменения общего метаболизма липидов пока неясно.

**Цель исследования** - изучение липидного спектра сыворотки крови при хроническом бескаменном холецистите (ХБХ) и холестерозе желчного пузыря (ХЖП), определение соотношения полученных показателей и их роли в развитии заболеваний.

**Результаты:** обследован 91 больной (54 мужчины и 37 женщин) средний возраст  $50,0 \pm 6,2$  лет. Пациенты были разделены на 3 группы: 1-я – ХБХ в период обострения (32 человека, из них 19 мужчин и 13 женщин), 2-я – ХБХ в период ремиссии (31 человек, из них 15 мужчин и 16 женщин), 3-я – ХЖП (28 человек, из них 20 мужчин и 8 женщин).

В сыворотке крови мы определяли концентрацию липидов: общего холестерина сыворотки крови, холестерина ЛПВП, триглицеридов (ТГ) с математическим расчетом холестерина ЛПНП и ЛПОНП, коэффициента атерогенности (КА).

В группе больных с ХЖП нами было отмечено увеличение в 2,3 раза ( $p < 0,05$ ) КА по сравнению с ремиссией ХБХ и в 1,8 раза по сравнению с обострением (соответственно:  $5,5 \pm 1,4$  ммоль/л;  $2,4 \pm 1,1$  ммоль/л;  $3,1 \pm 1,4$  ммоль/л). У пациентов ХЖП в 1,96 раза было отмечено повышение ХС ЛПНП сыворотки крови по сравнению с ремиссией ХБХ и в 1,75 раза по сравнению с обострением (соответственно:  $4,9 \pm 0,9$  ммоль/л;  $2,5 \pm 0,8$  ммоль/л;  $2,8 \pm 0,9$  ммоль/л).

При ХБХ в период ремиссии отмечено увеличение в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ) ХС ЛПВП по сравнению с группой больных с ХЖП (соответственно:  $1,6 \pm 0,6$  ммоль/л;  $1,04 \pm 0,2$  ммоль/л). Данный критерий достоверно не отличался от такового при обострении ХБХ ( $1,3 \pm 0,2$  ммоль/л).

В группе ХЖП отмечено увеличение в 1,5 раза содержание ХС сыворотки крови по сравнению с ремиссией и только в 1,3 раза ( $p < 0,05$ ) по сравнению с обострением (соответственно:  $6,6 \pm 0,7$  ммоль/л;  $4,6 \pm 0,8$  ммоль/л;  $4,8 \pm 0,8$  ммоль/л).

У пациентов с ХЖП в 1,9 раз ( $p < 0,05$ ) был повышен показатель ХС/ЛПВП, являющийся общепризнанным маркером перераспределения ХС плазмы крови в сторону ЛПНП по сравнению с ремиссией и в 1,6 раз по сравнению с обострением (соответственно:  $6,6 \pm 1,4$  ммоль/л;  $3,4 \pm 1,1$  ммоль/л;  $4,1 \pm 1,3$  ммоль/л).

### **Выводы:**

В развитии ХЖП в отличие от ХБХ большее значение имеют уровни и соотношение показателей липидного спектра сыворотки крови: повышение общего ХС, ХС ЛПНП, ХС/ЛПВП.

Следовательно, у сформированной группы риска по ХЖП (с учетом измененных показателей липидного спектра сыворотки крови) необходимо планирование проведения профилактических мероприятий.