

## АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ДИСЛИПИДЕМИЯ ПРИ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Ирина Николаевна ГРИГОРЬЕВА<sup>1</sup>, Марина Сергеевна ЛЕБЕДЕВА<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ НИИ терапии СО РАМН

630089, г. Новосибирск, ул. Бориса Богаткова, 175/1

<sup>2</sup> НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО «РЖД»

630003, г. Новосибирск, Владимирский спуск, 2а

При изучении связи между желчно-каменной болезнью и артериальной гипертензией в эпидемиологическом исследовании в рамках программы ВОЗ «MONICA», проведенном в 1994–1995 гг. сотрудниками НИИ терапии СО РАМН среди неорганизованной женской популяции в г. Новосибирске в возрасте 25–64 лет, было показано, что у женщин с желчно-каменной болезнью артериальная гипертензия встречается достоверно чаще (41,6 %), по сравнению с женщинами без желчно-каменной болезни (30,1 %). Среди пакистанских пациентов с желчно-каменной болезнью артериальную гипертензию выявили в 31,7 % случаев, однако в китайской популяции в 1999 г. такой ассоциации не найдено. Гипоальфахолестеринемия и гипертриглицеридемия являются общими факторами риска для желчно-каменной болезни и артериальной гипертензии. Однако наличие артериальной гипертензии у больных с желчно-каменной болезнью, по данным нашего эпидемиологического исследования, не сопровождалось изменением липидного профиля.

**Ключевые слова:** желчно-каменная болезнь, артериальная гипертензия, дислипидемия.

Распространенность желчно-каменной болезни (ЖКБ) в экономически развитых странах мира составляет от 10–15 до 30 % населения [1]. ЖКБ находится на втором месте по частоте после язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки среди гастроэнтерологических заболеваний [5] и на третьем месте после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета в структуре общетерапевтической патологии [7]. Среди хирургических пациентов с хроническими заболеваниями органов брюшной полости больные ЖКБ занимают первое место [9]. За последние 40 лет заболеваемость ЖКБ удваивалась каждые 10 лет [5]. Это связано не только с абсолютным учащением данной патологии, но и с возможностями ранней (до развития хирургических осложнений) диагностики, в связи с массовостью и доступностью УЗИ органов брюшной полости [9].

Известно, что по составу около 75–80 % всех желчных камней являются холестериновыми, остальные – билирубиновыми и смешанными [22]. В образовании пигментных камней имеют значение заболевания, сопровождающиеся хроническим гемолизом, а также алкогольный цирроз печени, инфекция желчевыводящих путей [5].

У женщин чаще выявляются холестериновые камни, а пигментные камни встречаются одинаково часто у женщин и мужчин [19]. Эти данные коррелируют с большей – в 2–5 раз – распространенностью ЖКБ в женской популяции по сравнению с мужской [3, 5]. В г. Новосибирске по данным эпидемиологического обследования населения, проведенного сотрудниками НИИ терапии СО РАМН в рамках программы ВОЗ «MONICA» в 1994–1995 гг., распространенность ЖКБ в женской и в мужской популяциях в возрасте 35–54 лет при УЗИ желчных путей составила 8,3 и 4,7 % соответственно, а среди женщин 25–64 лет – 10,5 % [3]. Такая зависимость от пола, возможно, обусловлена гормональными причинами.

Во многих исследованиях подтверждена связь риска ЖКБ с наличием беременностей, количеством родов [26], заместительной эстрогенотерапией [3, 53]. Показано, что эстрогены повышают литогенность желчи за счет увеличения насыщения ее холестерином и снижения пула хенодезоксихолевой кислоты [32], снижают сократительную функцию желчного пузыря [3, 4, 62]. Некоторые авторы также связывают умень-

*Григорьева И.Н.* – д.м.н., проф., ведущий научный сотрудник лаборатории гастроэнтерологии, рук. группы биохимических исследований в гастроэнтерологии, врач-гастроэнтеролог высшей категории, e-mail: igrigorieva@ngs.ru

*Лебедева М.С.* – заочный аспирант, врач-клинический фармаколог, e-mail: marina.s.lebedeva@mail.ru