

Хирургический аспект колоректальной патологии обусловлен тремя главными моментами. Во-первых, в хирургической колопроктологии доминируют операции, направленные преимущественно на дистальные отделы толстой кишки (при дивертикулезе, полипозе, колоректальном раке) Во-вторых, в последние годы хирурги-колопроктологи все чаще стали применять гемиколэктомию и даже тотальную колэктомию при функциональном запоре (Ачкасов С.И., 2000, Ривкин и др., 2004). В-третьих, хирургия прямой кишки все чаще нацелена на выполнение органосохраняющих операций и на наложение толстокишечной стомы.

Принимая во внимание выдающееся положение, предложенное Н.И.Пироговым, о том, что «Будущее принадлежит медицине профилактической» можно предложить (в соответствии с мыслью Николая Ивановича) три основных принципа профилактики колоректальной патологии:

I - Чем раньше происходит дефекация, тем реже возникает констипация.

II – Чем регулярнее циркадианный ритм кишечника, тем меньше риск функциональной и органической колоректальной патологии.

III - Чем больше внимания в к функциональной патологии толстой кишки, тем меньше риск возникновения органической колоректальной патологией.

constshem@yandex.ru

А.Н. Шишкин

ОЖИРЕНИЕ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский факультет*

Многочисленные исследования подтвердили наличие тесных взаимосвязей между ожирением, артериальной гипертензией, гиперлипидемией, нарушениями толерантности к глюкозе и ИБС. Сегодня ожирение рассматривается, как фактор риска всех вышеперечисленных заболеваний. Развитию метаболических нарушений способствуют как немодифицируемые (генетические, демографические – пол, возраст), так и модифицируемые (употребление большого количества жирной пищи, гиперкалорийное, обогащенное жирами и легкоусвояемыми углеводами питание, дефицит пищевых антиоксидантов, гиподинамия-гипокинезия, стрессы, алкоголь, курение) факторы риска. Тесно связаны с формированием метаболического синдрома (МС) количество и эндокринная активность висцерального жира. Ориентировочным скрининговым показателем висцерального ожирения служит окружность талии. В последние годы понятие «МС» все время расширяется. В него теперь включают не только нарушения углеводного и липидного обменов, но и гиперурикемию, микроальбуминурию, гипертрофию миокарда, повышение содержания фибриногена в крови, увеличение адгезивной и агрегационной способности тромбоцитов, повышение концентрации некоторых реагентов острофазного ответа, активности ингибиторов

активатора плазминогена, гиперандрогенизм и аномалии продукции некоторых регуляторных пептидов адипоцитарного происхождения (липокинов), а также дисфункцию эндотелия со снижением продукции окиси азота (NO). Гиперурикемия довольно часто ассоциирована с нарушениями толерантности к глюкозе, дислипидемией и гипертензией у больных абдоминальным ожирением и в последние годы рассматривается в качестве составляющей синдрома инсулинорезистентности. Пиком развития МС является ускоренное развитие атеросклероза и его клинических проявлений. Наверное, нет ни одного из известных механизмов развития атеросклероза, который не был бы выявлен у больных абдоминальным ожирением и гиперинсулинемией. Вызывая существенные количественные и качественные изменения липопротеиновых молекул, гиперинсулинемия индуцирует атерогенные изменения липидного спектра крови. Она способствует повышению чувствительности, а возможно, и количества рецепторов для ЛПНП на клеточных мембранах стенки артерии, приводя тем самым к ускоренному транспорту избытка холестерина в сосудистую стенку.

Установлено, что индукторы неиммунных путей прогрессирования поражения почек — ангиотензин II (АТII), липопротеиды низкой (ЛПНП) и очень низкой (ЛПОНП) плотности [16], эндотелин 1 (ЭТ1), реактогенные субстанции кислорода и перекиси, а также мочевиная кислота и конечные продукты гликирования — одновременно способствуют развитию генерализованной эндотелиальной дисфункции и таким образом приводят к стойкой вазоконстрикции и активации тромбогенеза, последствием которых являются острый инфаркт миокарда и нарушения мозгового кровообращения. Увеличение продукции многих из названных медиаторов характерно для ожирения. Эндотелиальная дисфункция и метаболический синдром являются тесно ассоциированными состояниями и формируют порочный круг, приводящий к метаболическим и кардиоваскулярным состояниям.

Новые данные свидетельствуют о том, что воздействие на подвергающийся стрессу эндотелий или стимуляция ангиогенеза могут способствовать сохранению функции органов-мишеней и замедлить прогрессирование патологии. Профилактика при ожирении заключается в снижении повышенной массы тела с помощью немедикаментозных (низкокалорийная диета) и медикаментозных мер; с патогенетических позиций представляется оправданным применение ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов АТII, а также антагонистов ЭТ1.

А.Ф. Шульга, Н.Н. Свистунов, Ю.А. Хащевский, С.С. Рачковский

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕЛЧИ У БОЛЬНЫХ ХОЛЕЛИТИАЗОМ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова*

Для оценки коллоидного состояния с целью ранней диагностики холелитиаза нами проведено исследование ряда биохимических показателей компонентов