

летию кафедры (госпитальной хирургии) хирургических болезней №1. Курск, 2009. С. 10–11.

4. *Верецагин Д.М.* Динамика раневого процесса при пластике послеоперационных грыж эндопротезом. Дисс...канд. мед. наук (14.00.27), Москва, 2009. С.5–10.

5. *Егив В.Н.* Натяжная герниопластика. Москва: Мед-практика. 2002. С. 107–148.

6. *Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М.* Эндохирургия паховых и бедренных грыж. СПб: издательство «Фолиант». 2000. 220 с.

7. *Ермолов А.С., Алексеев А.К., Ильичев В.А., Благовестнов Д.А. и др.* Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж. // Сборник научных трудов сотрудников ЦКБ МПС РФ. 2003. С. 379–389.

8. *Ермолов А.С., Алексеев А.К., Унырев А.В., Ильичев В.А., Черняева Н.А.* Выбор способа эксплантации при лечении послеоперационных вентральных грыж. // Герниология. 2004. №3. С.18.

9. *Савельев В.С., Кириенко А.И.* Клиническая хирургия. Национальное руководство. Москва: «ГЭОТАР – Медиа», 2009, Том II. С.723–724.

10. *Седов В.М., Тарбаев С.Д., Гостевской А.А., Горелов А.С.* Эффективность герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж. // Вестник хирургии. 2005. №3. С.85–88.

11. *Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш.* Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж. // Хирургия. 2000. №1. С. 11–14.

12. *Фелештинский Я.П., Пиотрович С.Н., Игнатовский Ю.В. и др.* Хирургическое лечение грыж брюшной стенки с использованием современных технологий в Киевском городском центре хирургии грыж живота // Вестник герниологии: сборник статей. Москва. 2004. С. 129–134.

13. *Юрасов А.В.* Хирургия паховых и послеоперационных вентральных грыж передней брюшной стенки. Дисс... докт. мед. наук. Москва, 2002.

14. *Cornell R., Kerlakian G.* Early complications and outcomes of the current technique of transperitoneal laparoscopic herniorrhaphy and a comparison to the traditional open approach. // Am. J. Surg. 1994. Vol.168. P. 275–279.

15. *Klosterhalfen B., Klinge U., Henze U., Bhardwaj R., Conce J., Schumpelick V.* Morphologic correlation of functional abdominal wall mechanics after mesh implantation Langenbecks. // Arch. Chir. 1997. 382 (2). P. 87–94.

16. *Ogunbiyi S.O., Morris - Stiff G., Sheridan W.G.* Giant mature cyst formation following mesh repair of hernias: an underreported complication // Hernia. 2004. Vol.8. P. 166–168.

17. *Rath A.M., Chevrel J.P.* The healing of laparotomies: a bibliographic study. // Part two. Technical aspect. Ibid. 2000. Vol.4. №1. P. 41–48.

18. *Read R.C.* Milestones in the history of hernia surgery: prosthetic repair // Hernia. 2004. Vol.8. №1. P. 8–14.

19. *Robert A.M.* Biochemical studies on Dacron arterial prosthesis // A. M. Robert., M. Moczar / Pathol. Biol. (Paris). 1976. vol. 24. P. 42–47.

THE ROLE AND PLACE OF PROSTHESIS FITTING METHODS OF FORWARD BELLY WALL PLASTICITY IN PRIMARY MEDIAN HERNIA SURGERY

D.A.BLAGOVESTNOV, A.V.UPLYREV, A.H.SRUKOVA

Russian Medical Academy of Post-Graduate Education,
Chair of Urgent and General Surgery

We surveyed and operated 134 patients with small, average and big primary forward belly wall median hernias using plasticity with local tissues and prosthesis fitting methods of forward belly wall plasticity. Before and after the operation all patients were examined in laboratory, underwent clinical examination, and in some cases ultrasonic and x-ray computer forward belly wall tomography was carried out. The results we received made it possible to arrive at the conclusion that improving the results of primary median hernia treatment probably is possible only at a strictly differentiated and individual approach.

Key words: prosthesis fitting methods of plasticity, X-ray computer tomography.

УДК 616-089(082)

ХИРУРГИЯ ПЕРВИЧНЫХ СРЕДИННЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.Х. СРУКОВА, Д.А. БЛАГОВЕСТНОВ*

Данная статья посвящена одной из актуальных проблем герниологии – оперативному лечению первичных срединных передней брюшной стенки. Важным шагом на пути развития явилось внедрение и использование современного пластического материала (полипропиленовые сетки), что позволило расширить показания для хирургического лечения у пациентов с большими, гигантскими грыжами и сопутствующей патологией. Использование УЗИ, РКТ является одним из необходимых вспомогательных этапов диагностики срединных грыж живота, рационального ведения раннего и позднего послеоперационного периода, что способствует предупреждению осложнений и уменьшению количества рецидивов.

Ключевые слова: полипропиленовая сетка; ультразвуковое исследование; рентгенкомпьютерная томография.

Эпидемиология и статистика. По данным различных источников каждый 3-5 житель земли является потенциальным грыженосителем [12]. Грыжи живота наблюдаются у 5-6% всего населения [6].

В 15-20% случаев имеют место срединные грыжи живота, которые занимают второе место после паховых грыж по количеству грыжесечений [3]. Заболеваемость срединными грыжами передней брюшной стенки с каждым годом имеет тенденцию к увеличению. Рост числа грыженосителей также связан со старением населения, страдающих полиорганной сопутствующей патологией и нарушениями обмена веществ, которые способствуют формированию грыж [18].

К первичным срединным грыжам живота относят пупочные, околопупочные, грыжи белой линии живота. Чаще всего срединные грыжи наблюдаются у пациентов от 30-40 лет. Среди срединных грыж живота пупочные грыжи составляют – 70-80% наблюдений, и чаще встречаются у женщин старше 30 лет. По данным Б.А. Баркова (1965) диастаз прямых мышц живота наблюдается у 77% больных со срединными грыжами, преимущественно у лиц молодого возраста. Частота сочетания пупочных грыж с диастазом прямых мышц живота наблюдается в 60% случаев, а с параумбиликальными грыжами в 23% случаев [9]. Грыжи белой линии живота составляют 3,5% от всех наружных грыж живота, чаще у мужчин в возрасте 25-45 лет [14].

Операции по поводу грыж составляют почти 10-15% [14] от всех оперативных вмешательств. При этом у 10-17% больных операция выполняется в экстренном порядке по поводу ущемления с летальностью более 3%. На долю ранних (менее года) рецидивов заболевания при хирургическом лечении первичных грыж передней брюшной приходится 90% [22].

После аутопластики рецидивы наблюдаются в 10-30% случаев [25], а при их повторном возникновении в 44-69% случаев [23]. По данным Тимошина с соавт. (2007) рецидивы при пупочных грыжах в сочетании с диастазом прямых мышц живота наблюдаются в 15-20% случаев при небольших размерах и в 30-40% при больших. Рецидивы при грыжах белой линии живота и параумбиликальных грыжах достигают 20-40%.

Этиология и патогенез формирования срединных грыж. К предрасполагающим факторам образования срединных грыж живота относят такие факторы, как наследственная предрасположенность, беременность, ожирение или истощение, возраст и др. Наследственная предрасположенность выявляется у 20-25% больных. По данным различных исследователей значительную роль в формировании срединных грыж играет анатомо-функциональное состояние передней брюшной стенки, как ведущий физиологический механизм в регуляции внутрибрюшного давления [20].

К факторам, способствующим повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям относят: тяжелый физический труд, трудные роды, затруднение мочеиспускания (аденома предстательной железы, фимоз, стриктуры уретры), длительный кашель (туберкулез, хронический бронхит) и др.

Врожденные срединные грыжи могут образовываться при недоразвитии брюшной стенки во внутриутробном периоде. Доказано, что нарушение процесса синтеза коллагена снижает прочность апоневротических тканей и может приводить к разви-

* Кафедра неотложной и общей хирургии ГОУ ДПО РМАПО Росздрава (зав. кафедрой – член-корр. РАМН, проф. А.С. Ермолов)

тию грыж. Важное значение в патогенезе срединных грыж живота придают асинхронному возникновению структурно-метаболических нарушений апоневроза в виде дефектов влагалищ прямых мышц и белой линии живота. Сложность патогенеза у больных с гигантскими, рецидивными и многократно рецидивирующими грыжами объясняется потерей полноценных анатомо-морфологических и функциональных свойств передней брюшной стенкой, в результате замещения мышечной ткани грубоволокнистой соединительной и жировой тканями.

В отличие от грыжи белой линии живота в патогенезе диастаза прямых мышц живота основную роль играет состояние прямых мышц живота. В миоцитах возникают структурно-метаболические нарушения, которые снижают функциональные возможности вплоть до полной декомпенсации.

Таким образом, решающим фактором формирования срединных грыж живота являются анатомо-функциональные особенности мышечно-апоневротических структур передней брюшной стенки, связанные с наследственной предрасположенностью и низким содержанием коллагена.

Классификация и диагностика грыж. К наиболее известным отечественным классификациям грыж относится классификация, предложенная К.Д. Тоскиным и В.В. Жебровским (1983); классификация Воскресенского – Горелика, которая была модифицирована В.Н. Яновым (1973).

В 1999 году на XXI Международном съезде герниологов в Мадриде принята единая Европейская классификация по системе SWR (для определения локализации грыжи, ширины грыжевых ворот и наличия рецидива) [22]. Таким образом, S – обозначает локализацию грыжи: срединная – M, боковая – L и сочетанная – ML; W – ширина грыжевых ворот: W1 – до 5 см, W2 – 5-10 см, W3 – 10-15 см, W4 – свыше 15 см; R – наличие рецидива; R1, R2, R3 и более.

Современная европейская классификация была принята на XXIX конгрессе европейской Ассоциации герниологов в Афинах (2007) Muysoms F.E., Miserez M., Kingsnorth A.

Согласно ей, оценивали локализацию и величину грыжевого выпячивания. Величину грыжи различали по ширине грыжевого выпячивания как малую, среднюю и большую.

Наиболее важными вопросами герниологии являются определение величины грыжи и степени дегенеративных изменений брюшной стенки, приводящих к развитию осложнений. Клиническая характеристика, основанная на осмотре, пальпации и измерении диаметра внешнего выпячивания уже не отвечает задачам современной герниологии.

Существующие методы лучевой диагностики позволяют получить ценные сведения о параметрах срединной грыжи и состоянии передней брюшной стенки. *Ультразвуковое исследование (УЗИ)* эффективно при определении параметров грыжевого выпячивания у носителей малых и средних грыж. Трудности возникают при исследовании пациентов со срединными грыжами больших и гигантских размеров за счет ограничения области сканирования.

По данным Кемеж Ю.В. [11] рентгеновская компьютерная томография в сочетании герниоабдоминометрии позволяет изучить состояние брюшной стенки, параметры грыжевого выпячивания, его содержимого. Возможна количественная и качественная оценка параметров мышечно-апоневротических структур в виде измерения толщины мышц и структурных особенностей (повышение или понижение плотности мышечной ткани), провести сравнительную характеристику парных структур и др.

Разнообразие форм, размеров и локализаций срединных грыж передней брюшной стенки в течение многих лет заставляли хирургов создавать, модифицировать и внедрять в практику все большее количество разнообразных классификаций.

Хирургическое лечение срединных грыж. В настоящее время известно более 30 способов и модификаций герниопластики при первичных срединных грыжах, которые выполняются не только с помощью местных тканей, но и с применением пластического материала различного происхождения. Вместе с тем, не существует оптимального подхода в лечении больных со срединными грыжами передней брюшной стенки [7,8,22].

Зарубежные и отечественные хирурги подробно излагают виды и способы пластики местными тканями – апоневротическая, мышечно-апоневротическая и мышечная пластика. Способ фасциально-апоневротической пластики был предложен в 1886 году Майдлем. Суть его состоит в том, что с помощью этого метода возможно наиболее точное восстановление анатомических взаи-

моотношений тканей брюшной стенки. Среди способов мышечно-апоневротической пластики наибольшее распространение получили способы по Сапежко К.М., Мейо и Напалкова.

К способам мышечной пластики относят те способы, при которых прямые мышцы выделяются из своих влагалищ и сшиваются между собой обнаженными краями. К ним относят: способ Герзуни (Gersuny, 1893), способ Шефтера (Schaeffer, 1896), способ Поцци (Pozzi, 1980) и др. В качестве аутологических тканей используют широкую фасцию бедра (В.А.Опель, 1914), А.С. Пименов, Е.В. Буркова (1951), как шовный материал, или как заплатку при формировании передней стенки влагалища прямых мышц. Однако применение аутологических тканей для пластики больших мышечно-апоневротических дефектов связано с нанесением дополнительной травмы и отсутствием возможности получить полноценный материал больших размеров. Пересадка трансплантатов на питающей ножке, обеспечивающая хорошее их вживление, значительно удлиняет операцию и не исключает возможности формирования новых дефектов и других осложнений на месте взятых тканей для «лоскутной» пластики. Аутодермальная пластика не получила широкого распространения в клинической практике, так как кожа требует длительной подготовки и обработки, а по данным Э.П. Рудина, А.В. Богданова, П.В. Шевченко (1991) в 27,2% случаев приводит к рецидиву. Аллогенные ткани (аллопластика), заимствованные от другого человека чаще от трупов людей ксеногенные ткани (ксенопластика), взятые от животных в герниологической практике применяются ограниченно. Это связано с тем, что имплантация аллогенных и, особенно ксеногенных тканей всегда сопровождается реакцией трансплантационного иммунитета, приводящей к гибели этих тканей. Следовательно, данный фактор является основным барьером, препятствующим широкому применению чужеродных биологических материалов в клинической практике.

Важнейший этап развития хирургии грыж передней брюшной стенки связан с использованием синтетических эндопротезов. Первое описание данной методики дал Фелпс (Phelps) в 1894 году применив для герниопластики кольца из серебряной проволоки. С середины 40 годов стали использоваться синтетические материалы (полиэтилен), а в 60 г. XX столетия активно внедрялись в хирургическую практику. Позже увлечение протезированием сменилось периодом сдержанного отношения к подобным вмешательствам в связи с большим количеством рецидивов и послеоперационных осложнений. За последние 15-20 лет были созданы синтетические протезы совершенно нового поколения не вызывающие отторжения и других специфических осложнений. Одним из перспективных материалов является *поливинилиденфторид (ПВДФ)*, широко используемый для изготовления шовного материала и эндопротезов [15]. Данный полимер обладает высокой биологической инертностью, прочностью и устойчивостью к инфицированию. Эндопротезы из ПВДФ более эластичны, чем из полипропилена. По биологической инертности ПВДФ сетчатые эндопротезы приближаются к пленочно-пористым эндопротезам из политетрафторэтилена, но значительно превосходят их по устойчивости к инфекции и надежности интеграции в тканях.

На сегодняшний день предложено несколько способов расположения эндопротеза при хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки. Согласно классификации В.Н. Егиева (2002), выделяют:

- натяжные способы пластики (без образования и с образованием дубликатуры);
- ненапряжные способы пластики (укладывание сетки над – или под апоневрозом без его ушивания);
- комбинированные способы (сшивание апоневроза с расположением сетки над или под ним);
- лапароскопические способы пластики (с предбрюшинным расположением эндопротеза, с интраабдоминальным расположением эндопротеза – комбинация лапароскопии с не натяжной пластикой).

Основным недостатком этой классификации является ограничение при использовании пластики другими материалами.

Широко используемая международная классификация расположения сетчатого эндопротеза приведена ниже.

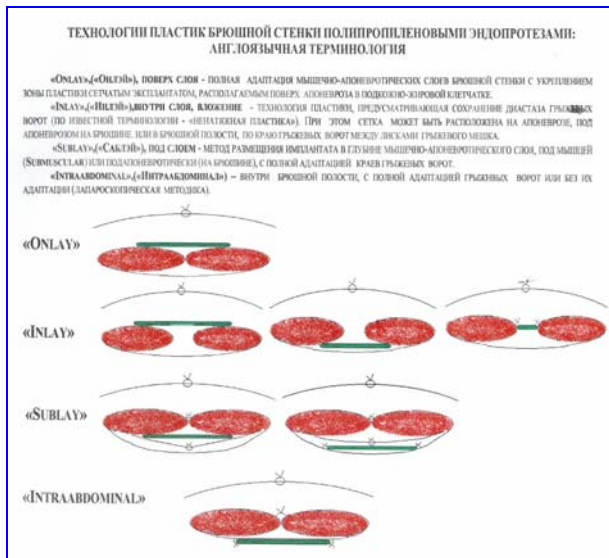


Рис. Классификация расположения сетчатого эндопротеза

На кафедре неотложной и общей хирургии РМАПО Ермоловым А.С. (зав. отд.) и соавт. (2000 г.) был разработан метод реконструкции передней брюшной стенки при срединных вентральных грыжах, который представляет особый интерес в плане его использования при хирургическом лечении первичных срединных грыж, особенно сочетающихся с диастазом прямых мышц живота. Данный метод позволяет добиться восстановления полноценной функции передней брюшной стенки за счет создания объединенного влагалища прямых мышц живота с сопоставлением собственных тканей и укреплением задней стенки эндопротезом, расположенным между прямыми мышцами и задним листком влагалища прямых мышц. Создается единая анатомическая структура из задних листков апоневрозов влагалищ прямых мышц живота – объединенный задний апоневроз. Единый задний апоневроз по всей его поверхности укрывается эндопротезом, который без натяжения и сморщивания фиксируется к нему непрерывным швом. Сшиваются края передних листков прямых мышц по средней линии.

Использование данной методики при хирургическом лечении срединных послеоперационных грыж у 103 больных позволило (согласно работе Алексеева А.К.) избежать рецидивов в отдаленном периоде [1]. Последние 3 года в хирургической практике активно стали использовать лапароскопическую герниопластику. Метод предполагает расположение эндопротеза внутри брюшной полости, с полной адаптацией грыжевых ворот или без их адаптации.

По сравнению с традиционными методами, лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (TAPP) приводит к уменьшению болей в послеоперационном периоде, сокращению времени выздоровления с нескольких недель до нескольких дней, снижению частоты рецидивов до 1-4 %.

Отрицательные стороны лапароскопической герниопластики: высокая себестоимость; сложность технического выполнения; возможны такие серьезные осложнения, как повреждение мочевого пузыря и кишечника, кровотечение, спаечная непроходимость кишечника, эрозия сетки в мочевой пузырь и кишечник.

Таким образом, большое разнообразие способов хирургического лечения первичных срединных грыж передней брюшной стенки, свидетельствует о недостаточной эффективности данных методов, неудовлетворенности хирургов ближайшими и отдаленными результатами оперативного лечения и важности этой проблемы.

В настоящее время при хирургическом лечении первичных срединных грыж необходимо придерживаться индивидуального дифференцированного подхода при выборе способа пластики передней брюшной стенки. Данный подход должен учитывать этиопатогенез грыжи, параметры грыжи, состояние тканей брюшной стенки, возраст больного, наличие или отсутствие сопутствующих заболеваний.

Литература

1. Алексеев А.К. Лечение послеоперационных вентральных грыж с использованием современных технологий: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва. 2004. 21 с.
2. Алексеев А.К., Горчаков В.К., Левшакова А.В., Ильичев В.А., Благовестнов Д.А., Кемеж Ю.В. и др. Компьютерная герниоабдоминометрия в хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж. Сборник научных трудов сотрудников ЦКБ МПС РФ. 2003. С. 412–417.
3. Благовестнов Д.А., Упырев А.В. и др. Результаты хирургического лечения больных с первичными срединными грыжами передней брюшной стенки // Материалы научно-практической конференции, приуроченной к 20-летию Клинического госпиталя МСЧ ГУВД по г. Москве. М.: 2009. С. 171–173.
4. Вережанин Д.М. Динамика раневого процесса при пластике послеоперационных грыж эндопротезом. Дисс...канд. мед. наук (14.00.27), М.: 2009. С.5–10.
5. Горский В.А., Фаллер А.П., Ованесян Э.Р., Агапов М.А. Причины формирования грыж после лапароскопической холецистэктомии // Альм. Клиническая медицина. 2007. 16. С. 57–61.
6. Егиев, В. Н. Современное состояние и перспективы герниологии / В. Н. Егиев // Герниология. 2006. № 2 (10). С. 5–10.
7. Ермолов А.С., Алексеев А.К., Упырев А.В., Ильичев В.А., Черняева Н.А. Выбор способа эксплантации при лечении послеоперационных вентральных грыж // Герниология. 2004. №3. с.18.
8. Ермолов А.С., Алексеев А.К., Ильичев В.А., Благовестнов Д.А. и др. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж: сборник научных трудов сотрудников ЦКБ МПС РФ. 2003. С. 379–389.
9. Жебровский В.В. «Хирургия грыж живота». М.: МИА, 2005. С. 121.
10. Жуковский В.А. Отечественные сетчатые эндопротезы для реконструктивно-восстановительной хирургии // Материалы V международной конференции «Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов». М., 2006. С. 80–82.
11. Кемеж Ю.В. Роль рентгеновской и ультразвуковой томографии послеоперационных грыж живота в выборе метода герниопластики: Автореф. канд. мед. наук. М. 2007. С. 47.
12. Мошкова Т.А. Аллопластика срединных вентральных грыж полипропиленовыми сетками // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2008. Т. 167. №4. С. 36–39.
13. Рамазанов М.Е., Сейсембаев М.А., Наржанов Б.А. Лапароскопическая герниопластика // Актуальные вопросы герниологии VII конференция: Материалы конференции. М. 2010. С. 195.
14. Савельев В.С., А.И.Кириенко «Клиническая хирургия». М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. С. 724, 759.
15. Седов В.М., Гостевской А.А., Тарбаев С.Д. Сетчатые имплантаты из поливинилиденфторид в лечении грыж брюшной стенки // Вестник хирургии им.И.И. Грекова. Т №167. №2. 2008. С. 16–17.
16. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки // Герниология. 2004. №1. С. 5–10.
17. Чистяков А.А., Богданов Д.Ю. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж. М.: Медицинское информационное агенство. 2005. С.104.
18. Шурыгин С.Н. Пластика грыж передней брюшной стенки с использованием синтетических полимеров (экспериментально – клиническое исследование). Дисс... на соиск. уч. степ. док. мед. наук. М. 2006. С. 7–9.
19. Agrawal A., Avill R. Mesh migration following repair of inguinal hernia: a case report and review of literature // Hernia. 2006. Mar; 10(1); 79–82.
20. Award Z.T., Puri V., LeBlanc K., Stoppa R., Fitzgibbons R.J., Igbal A., Filipi C.J. Mechanisms of ventral hernia recurrence after mesh repair and a new proposed classification. // J. Am. Coll. Surg. 2005. Jul; 201 (1): 132–40.
21. Israelsson L.A., Jonsson L., Wimo A. Cost analysis incisional hernia repair by suture or mesh. // Hernia Sept.2003. 7 (3): 114–117.
22. Korenkov M. et al. Classification and surgical treatment of incisional hernia. Results of an expert meeting. // Langenbecks Arch. Surg. 2001;386 : 1 : P. 65–73.

23. Langer C, Liersch T, Kley C., et al. Twenty - five years of experience in incisional hernia surgery. A comparative study of 432 incisional hernia repairs. // Chirur. 2003; 74 (7): 638–45.

24. Ogunbiyi S.O., Morris - Stiff G, Sheridan W.G. Giant mature cyst formation following mesh repair of hernias: an underreported complication? // Hernia. 2004. Vol.8. P. 166–168.

25. Park A.E., Roth J.S., Kavic S.M. // Curr. Probl. Surg. Abdominal wall hernia. 2006. May; 43 (5): 326.

SURGERY OF PRIMARY MEDIAN STOMACH HERNIAS
(THE REVIEW OF THE LITERATURE)

A.H. SRUKOVA, D.A. BLAGOVESTNOV

Russian Medical Academy of Post-Graduate Education,
Chair of Urgent and General Surgery

The article highlights one of actual herniology problems – operative treating a primary median forward belly wall. The important step in the direction of this development has become the introduction and application of a modern plastic material (polypropylene grids) that allows expanding indications for surgical treatment at patients with big, huge hernias and accompanying pathologies. Ultrasonic use, RCT is one of the necessary auxiliary stages of diagnostics of stomach median hernias, rational actions in early and late postoperative periods preventing complications and reduction of relapse quantity.

Key words: polypropylene grid; ultrasonic research; X-ray computer tomography.

УДК 616.432:616.33/34-008

ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

A.P. БАБАЕВА*, О.Н. РОДИОНОВА*, Э.Ю. РЕУТОВА**,
О.Е. ГАЛЬЧЕНКО

В работе проведен сравнительный анализ показателей гипотиреоидной системы у 139 больных функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта, 20 больных язвенной болезнью желудка, 20 больных неспецифическим язвенным колитом и 45 здоровых лиц.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, синдром раздраженного кишечника, трийодтиронин, свободный тетрайодтиронин, тиреотропный гормон, синдром эутиреоидной патологии.

В течение длительного времени больных *функциональными заболеваниями желудочно-кишечного тракта* (ФЗ ЖКТ), в частности, *функциональной диспепсией* (ФД) и синдромом раздраженного кишечника (СРК), рассматривали как синдромы, ограниченные пищеварительной системой. Однако и имеющийся клинический опыт, и опубликованные данные показали, что пациенты с такими заболеваниями зачастую предъявляют ряд экстраорганных жалоб, не относящихся к ЖКТ [1,6]. Кроме того, последние могут превалировать в клинической картине заболевания, маскируя основные проявления ФД и СРК. Спектр внеорганных проявлений ФЗ ЖКТ весьма разнообразен и проявляется различными вегетативными, сосудистыми нарушениями, алгическими симптомами, функциональными синдромами со стороны других органов и систем, психологическими расстройствами [4,6]. Выполненные в ряде стран эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что более половины больных ФЗ ЖКТ имеют экстраорганные проявления по типу *фибромиалгии* (ФМ) [4]. С другой стороны, приблизительно такое же количество пациентов с первичной ФМ демонстрирует признаки ФД и около 70% – симптомы СРК [4]. По данным исследования, выполненного в нашей клинике в 2003 г., из 110 обследованных больных с установленным диагнозом ФД у 89,09% пациентов присутствовали внеорганные жалобы, характерные для ФМ: диффузная скелетно-мышечная боль, утренняя скованность, быстрая утомляемость, хроническая усталость и нарушения сна [2]. При физикальном обследовании у 41,82% больных ФД выявлены типичные для ФМ болезненные точки. Между тем, причины сопряженности экстраорганных проявлений с клиникой ФЗ ЖКТ не вполне ясны, как и

не определены механизмы их развития. С учетом роли тиреоидных гормонов в регуляции деятельности ЖКТ и центральной нервной системы, можно предположить участие йодтиронинов не только в возникновении ведущих, но и дополнительных симптомов, выходящих за рамки ЖКТ. Однако в доступной литературе мы не нашли данных об изменениях тиреотропно-тиреоидного статуса при ФД и СРК.

Учитывая вышеперечисленное, целью работы явилось сравнительное изучение особенностей тиреоидного гомеостаза у больных с функциональной (ФД и СРК) и органической (*язвенной болезнью желудка* (ЯБЖ) и *неспецифическим язвенным колитом* (НЯК)) патологией ЖКТ и оценка его связи с основными клиническими проявлениями данных заболеваний.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 139 больных ФЗ ЖКТ, из них – 64 пациента с ФД и 75 пациентов с СРК. Возраст наблюдаемых колебался от 18 до 45 лет, с медианой 31,4±2,62 и 34,5±2,85 лет соответственно. В группы сравнения вошли 20 больных ЯБЖ (средний возраст – 47,5±6,84 года) и 20 пациентов с НЯК (54,2±5,7 лет). Контрольную группу составили 45 практически ЗЛ в возрасте от 20 до 43 лет (средний возраст – 29,8±3,0 лет). Все обследуемые лица дали информированное согласие на участие в исследовании, которое соответствовало этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» (2000) и Правилами клинической практики в Российской Федерации, утвержденными Приказом Минздрава РФ №266 (2003). Обязательными условиями включения больных в исследование явились возраст от 18 лет до 45 лет; соответствие Римским критериям III (2006) диагноза ФД и СРК [1]; способность к адекватному сотрудничеству в процессе исследования; нормальное значение концентрации *тиреотропного гормона* (ТТГ) в сыворотке крови; письменное согласие пациента на обследование. Ни один из обследуемых не принимал препараты, влияющие на тиреоидный метаболизм (глюкокортикоиды, β-адреноблокаторы, амиодарон и т.д.). В зависимости от преобладания в клинической картине того или иного симптома были выделены следующие варианты ФД: ФД с эпигастральным болевым синдромом (ФД-ЭБС, 23 человека; 35,94%) и ФД с постпрандиальным дистресс-синдромом (ФД-ПДС, 41 человек; 64,06%). На основании Бристольской шкалы стула все больные СРК разделены на клинические группы, среди которых ведущими были пациенты с запорами (СРК-З) – 54 (72,0%) человека, и диареей (СРК-Д) – 15 (20,0%) человек. В момент включения лиц в исследование определяли содержание *трийодтиронина* (Т3), *свободного тетрайодтиронина* (свТ4) и ТТГ в крови. Исследование проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью стандартных тест-наборов ЗАО «Алкор Био» (Санкт-Петербург). Статистический анализ полученных данных проводили с использованием программы «Биостат». Достоверность различий сравниваемых показателей оценивали по критерию t Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Средние уровни Т3, свТ4 и ТТГ у больных ФД, СРК и ЯБЖ соответствовали нормальным значениям, что свидетельствовало о наличии эутиреоидного состояния в данных группах (табл. 1). Исключение составили пациенты с НЯК, у которых концентрации Т3 и ТТГ оказались выше верхней границы нормы, полученной в контроле. При сопоставлении клинических групп между собой выявлено, что лишь среднее значение Т3 в группе СРК оказалось достоверно ниже аналогичного показателя у больных НЯК.

Индивидуальный анализ йодтиронинов зафиксировал их нормальные значения у 100 (71,94%) больных ФЗ ЖКТ. Соответственно, сдвиги тиреоидного статуса обнаружены у 49 (39,06%) больных ФЗ ЖКТ (25 пациентов с ФД и 24 пациента с СРК). Однако наличие СЭП, характеризующегося снижением уровня Т3 или повышением концентрации свТ4 при нормальном уровне ТТГ в сыворотке крови [3], установлено лишь у 28,06% пациентов с ФЗ ЖКТ, из них – 20 больных ФД и 19 пациентов с СРК. Учитывая высокую степень биологической активности тиреоидных гормонов, можно предположить, что выявленные даже небольшие по абсолютным значениям колебания уровня изучаемых гормонов ЩЖ способны оказать влияние на течение ФЗ ЖКТ.

* ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Росздрава», 400131 г. Волгоград, пл. Павших Борцов, 1, тел. (8442) 41-02-56, rodionolga@yandex.ru

** МУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи №15», 400026 г. Волгоград, ул. Андриановская, 1А, тел. (8442) 67-25-77, reutova.elina@yandex.ru