

ЛИТЕРАТУРА

1. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Краснолуцкий Н.А. Лечение прободной язвы. – М., 2005. – 166 с.
2. Панцирев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д., Чернякевич С.А. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни. В сб.: 50 лекций по хирургии (под ред. В.С. Савельева). – М., 2003. – с. 248–258.

УДК 618.3-007.17

СИМПТОМЫ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Н. А. Конышко

ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра факультетской терапии

Резюме

Широкая распространенность заболеваний органов пищеварения в общей популяции и их хронобиологическое отношение к беременности и соматической патологии беременных настоятельно требуют дальнейшего уточнения патогенетических механизмов развития данного симптомокомплекса у женщин репродуктивного возраста, выработки рациональных алгоритмов ранней диагностики, профилактики и эффективного комплексного лечения, допустимого у этой категории пациентов. Пищеварительный тракт является своеобразной ареной сражения уже на ранних стадиях гестации, и, более того, полученные данные говорят о необходимости первичной реализации повреждающих факторов на уровне пищеварительной трубки как важного этапа поддержания гомеостаза и предупреждения поражения сердечно-сосудистой и репродуктивной систем.

Ключевые слова: беременность, гастроинтестинальная патология, гестоз, артериальная гипертензия.

THE SYMPTOMS OF SOMATIC PATHOLOGY IN PREGNANT WOMEN

N. A. Konyshko

Summary

Several symptoms have been hypothesized to influence the risk of preeclampsia. Our aim in this study was to estimate the association between gastrointestinal patterns during pregnancy and the risk of gastritis, ulcer disease, preeclampsia, obesity and arterial hypertension in pregnant women. Women participating in study answered questionnaires. Exploratory factor analysis was used to assess the associations among variables. Principal component factor analysis identified 12 primary gastrointestinal patterns that were labeled: epigastric pain and dyspepsia. Relative risks of gastritis, preeclampsia, arterial hypertension were estimated as odds ratios (OR) and confounder control was performed with multiple logistic regression. Women with high scores on a pattern characterized by pain nausea, vomiting, disrexia, asthenic syndrome, constipation. These findings suggest that a dietary pattern characterized by high intake of vegetables, plant foods, increases the risk of dyspeptic disorders, whereas a medicines pattern characterized by high consumption of processed increases the risk.

Keywords: gastrointestinal patterns, pregnancy, preeclampsia, arterial hypertension.

Пищеварительный тракт является своеобразной ареной сражения уже на ранних стадиях гестации, и, более того, полученные данные говорят о необходимости первичной реализации повреждающих факторов на уровне пищеварительной трубки как важного этапа поддержания гомеостаза и предупреждения поражения сердечно-сосудистой и репродуктивной систем.

Возникновение заболеваний органов пищеварения, таких как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастрит, дискинезия желчевыводящих путей, синдром раздраженного кишечника, язвенная болезнь, жировой гепатоз хронобиологически могут совпадать с беременностью, что имеет указанную выше патогенетическую обусловленность. Наличие полных эрозий антрального отдела желудка является маркером таких патологических состояний беременных, как гестоз, преэклампсия, эклампсия, системная артериальная гипертензия, ишемия слизистой оболочки пищеварительной трубки – в более широком смысле.

Однако диагностика и терапия указанной патологии затруднена и в определенной мере несвоевременная, что во многом определяет прогноз болезней, течения беременности и перинатальные исходы. Учитывая факт патогенетической общности и хронобиологической детерминированности ряда заболеваний органов пищеварения у женщин репродуктивного возраста, назрела необходимость расширить диагностическую концепцию, включив ранние признаки патологии желудочно-кишечного тракта, с высокой вероятностью трансформируемые при отсутствии адекватного лечения в известные клинические эквиваленты.

Цель исследования: целью настоящего исследования явилось изучение особенностей функционального состояния пищеварительной системы у беременных женщин.

Материалы и методы

С указанной целью нами обследовано 636 беременных женщин. Критерием включения в исследование являлись беременность, наличие живого плода, согласие пациентки на проведение обследования.

Критерием исключения являлись тяжелая форма гестоза, симптоматическая гипертензия на фоне тяжелого поражения почек, врожденных пороков сердца или заболеваний эндокринной системы, а также другая тяжелая экстрагенитальная патология, мертвый плод, отказ пациентки от участия в исследовании, наличие у пациентки особенностей поведения, не устраивающих исследователя, несогласие беременной участвовать в исследовании, исходные психопатологические состояния. Наличие усугубляющих течение беременности факторов (рубец на матке после кесарева сечения, двойня, первородящие старше 30 лет и др.), а также экстрагенитальной патологии в стадии компенсации не стали причиной исключения из групп обследуемых.

Результаты

По результатам клинического, антропометрического, лабораторного и инструментального обследования, проведенного согласно стандартам соответственно нозологическим формам, сформировались следующие группы беременных женщин:

Группа А – беременные с артериальной гипертензией, группа Б – беременные с клинически, эндоскопически и гистологически подтвержденным хроническим гастритом до гестации, группа Г – беременные с гестозом легкой степени, группа Н – беременные с нормальной массой тела до беременности, с нормальной прибавкой массы тела за период гестации, группа

О – беременные с ожирением до гестации, группа П – беременные с патологической прибавкой массы тела. Наблюдаемые все группы были сопоставимы по возрасту.

Процент женщин, наблюдавших те или иные симптомы в течение беременности, в каждой конкретной группе представлен в таблице 1.

Таблица 1. Частота встречаемости различных симптомов у беременных женщин в зависимости от соматической патологии

Симптомы	Группа А (n=32)%	Группа Б (n=102)%	Группа Г (n=168)%	Группа Н (n=104)%	Группа О (n=90)%	Группа П (n=140)%
Астеновегетативный	100	100	100	39,4	66,7	74,3
Гипорексия	21,9	20,6	42,3	7,7	2,2	8,57
Гиперрекция	15,6	47	29,4	63,6	33,3	73,6
Дисрекция	6,3	5,9	6,6	11,5	4,4	18,6
Тошнота	75	72,5	89,3	11,5	33,3	32,1
Рвота	31,3	59,8	42,3	8,7	6,7	22,1
Изжога	56,2	89,2	54,1	34,6	62,2	68,6
Боли в эпигастрии	62,5	85,3	53	54,8	49	48,6
Боли в правом подреберье	15,6	23,5	9,5	8,7	17	12,1
Метеоризм	9,4	10,8	9,5	0,9	13,3	15
Диарея	9,4	10,8	6,6	2	2,2	4,3
Запор	37,5	32,4	16,7	11,5	26,7	22,1

Комплексное обследование и ретроспективное наблюдение проведено на основании ряда показателей, наличие которых с высокой вероятностью свидетельствует о формировании гастропатии, дисфункции желчевыводящей системы, синдрома раздраженного кишечника. Оценка по трехбалльной шкале позволила более дифференцированно оценить полученные результаты. Все изучаемые признаки и их кодовые наименования занесены в дескрипторный словарь и подвергнуты многомерному статистическому анализу. Эти эквиваленты составляют критерии диагностики.

Клинические критерии:

1. Сочетание астеновегетативного синдрома, боли в эпигастрии, изжоги на ранних сроках гестации, тошноты и рвоты с повышенным аппетитом наиболее характерно для беременных с заболеваниями желудка.

2. Следует помнить, что подобное сочетание симптомов, но на фоне сниженного аппетита часто встречается у пациенток с артериальной гипертензией и гестозом.

3. Боли в эпигастрии слабой и умеренной интенсивности и изжога наблюдаются в группе беременных с патологической прибавкой массы тела и ожирением.

4. Боли в правом подреберье, метеоризм и диарея неспецифичны для беременных с указанной патологией внутренних органов, носят эпизодический характер и связаны с погрешностями в диете (растительная, кислая, острая пища), началом медикаментозной терапии (трентал, аспирин, поливитаминные комплексы, препараты железа).

Инструментальные критерии:

Сонография гепатобилиарной системы:

1. Признаки стеатогепатоза первой, второй степени.

2. Признаки гипомоторной дискинезии желчного пузыря.

В последнее время установлена связь изменения гомеостаза, липидного и углеводного обмена, обусловленных беременностью, с язвенной болезнью, хроническим гастродуоденитом, панкреатитом, жировым гепатозом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, синдромом раздраженного кишечника.

Помимо широко известных механизмов, таких как релаксация гладкомышечных структур и кишечника, механическое давление растущей матки на органы брюшной полости и забрюшинного пространства, увеличение объема циркулирующей жидкости, некоторых «болезней повышенного потребления нутриентов», можно выделить и другие факторы, способствующие развитию симптомов поражения желудочно-кишечного тракта и некоторых распространенных заболеваний.

Во-первых, с воздействием беременности как хронического стресса ассоциируются и дисбиотические изменения кишечника, вследствие чего утрачивается важнейшая саногенизирующая гомеостатическая функция кишечной микрофлоры по отношению к нарушенному обмену веществ организма человека.

Во-вторых, важными звеньями реакции организма на стресс являются механизмы эндогенной регуляции, отчетливо стимулирующие желудочную секрецию и, таким образом, влияющие на взаимоотношение факторов агрессии и защиты в условиях измененного гомеостаза в ходе стресс-реакций в течение беременности.

В-третьих, окислительный стресс, вызывая инсулинорезистентность посредством мембранотропного действия, ведет к компенсаторной гиперинсулинемии, которая активирует симпатическую нервную систему и усиливает дальнейшее избыточное образование продуктов свободнорадикального окисления (липидов). Повышение уровня свободных радикалов при истощении или недостаточности многоступенчатой системы антиоксидантной защиты способствует развитию нерегулируемого окислительного стресса. Мощный «взрыв» свободнорадикального окисления липидов, в первую очередь, приводит к быстрому истощению содержания каталазы, что позволяет использовать изменение самой активности данного фермента для оценки функционального состояния антиоксидантной системы. Избыточная активация липидной триады на фоне повышения сосудистого тонуса, уменьшения

притока крови, веностаза неизбежно приводит к снижению резистентности слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, повреждению паренхиматозных органов, в том числе и поджелудочной железы. В условиях длительной стрессреакции на фоне гиподинамии избыточное потребление энерго-субстратов, не реализующихся в локомоцию, может привести к стабилизации инсулинорезистентности. Вследствие изменения передачи инсулинового сигнала уже с ранних сроков гестации снижается потребление глюкозы инсулинозависимыми тканями: скелетной мускулатурой, печенью, жировой тканью. В формировании этого состояния имеют значение как генетические факторы, реализующиеся в виде дефекта инсулиновых рецепторов или пострецепторных дефектов, так и влияние фенотипа – низкая физическая активность,

приводящая к снижению объемного кровотока в капиллярах скелетной мускулатуры в результате их вазоконстрикции, гиперкалорийное питание с формированием избыточной жировой ткани, а также хронический стресс, сопровождающийся продукцией контраинсулярных гормонов.

Выводы

1. У беременных женщин имеют место основные симптомы функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта различной степени выраженности и сочетания.

2. Необходимо выявлять ранние симптомы заболеваний пищеварительной системы, что позволит своевременно проводить необходимые лечебно-диагностические и профилактические мероприятия, повысить качество жизни беременных и улучшить прогноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин, Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л.И. Аруин, Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков, – М.: 1998. – 483 с.
2. Минушкин, О.Н. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта: патофизиология, диагностика и лечебные подходы / О.Н. Минушкин. – М. 2002. – 16 с.
3. Панков, Ю.А. Молекулярные и генетические исследования роли гормонов, рецепторов и ферментов в регуляции физиологических функций человека / Ю.А. Панков, М.К. Черанова, С.К. Карпова и др. // Вест. РАМН. – 2005. – № 9. – С. 6-13.
4. Barker DJP (ed.) (2001) Fetal Origins of Cardiovascular and Lung Disease, 1st edn. Decker, New York.
5. Crosignani PG, Colombo M, Vegetti W, Somigliana E, Gessati A and Ragni G (2003) Overweight and obese anovulatory patients with polycystic ovaries: parallel improvements in anthropometric indices, ovarian physiology and fertility rate induced by diet. Hum Reprod 18,1928–1932. Cunningham F.G., Lindheimer M.D.
6. Gluckman PD, Hanson MA (2004) Living with the past: evolution, development, and patterns of disease. Science 305,1733–1736.
7. Rasmussen KM. Association of maternal obesity before conception with poor lactation performance. Annu Rev Nutr. 2007;27:103-21.
8. Schwartz, M.W. Central nervous system control of food intake / M.W. Schwartz, S.C. Woods, D. Porte Jr. et al. // Nature. – 2000. – № 404. – P. 661-671.

УДК 616.366

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

А. Д. Лелянов, Д. В. Козлов, М. А. Челомбитко, А. В. Сергеев,
А. А. Тимошевский, С. В. Казенкова

ГОУ ВПО СГМА Минздрава России, кафедра госпитальной хирургии

Резюме

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 38 больных раком желчного пузыря. Изучены причины поздней диагностики и представлены рекомендации по раннему выявлению заболевания и улучшению результатов лечения.

Ключевые слова: рак, желчный пузырь, классификация, диагностика, операции, рекомендации.

DIFFICULTIES IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE GALLBLADDER CANCER

A. D. Lelyanov, D. V. Kozlov, M. A. Chelombitko, A. V. Sergeev, A. A. Timoshevsky, S. V. Kazenkova

Summary:

Retrospective analysis of 38 patients with diseases of gall bladder cancer was conducted. The reasons for late diagnosis were studied. Recommendations for early detection of disease and improve treatment outcomes were presented.

Keywords: cancer, gallbladder, classification, diagnosis, operations, recommendations.

Рак желчного пузыря (РЖП) занимает 5-е место в структуре онкозаболеваний желудочно-кишечного тракта и в 1–3% случаев выявляется только при гистоморфологическом исследовании материалов после холецистэктомии [10]. В связи с поздней диагностикой нередко выявляется только на последних стадиях и наиболее часто (в 78% наблюдений) сочетается с желчно-каменной болезнью [3]. Среди всех пациентов, страдающих желчно-каменной болезнью, рак ЖП по данным ряда авторов развивается у 0,3–3,5%. Причем заболеваемость раком ЖП среди женщин в 2–5 раз выше, чем среди мужчин [7, 11, 14].

К предрасполагающим факторам РЖП относят желчнокаменную болезнь более 5 лет, кальцификацию стенок ЖП, ожирение, первичный склерозирующий холангит, а также аденому, папилломатоз и метаплазию эпителия ЖП (пилорическая, кишечная или плоскоклеточная). Имеются также указания на связь с аномалией холедохо-панкреатического соустья, нарушением состава желчи, язвенным колитом, носительством *Salmonella typhi* и др. Относительный риск развития рака ЖП при семейном анамнезе очень высок и составляет 13,9% [2, 5, 8, 9].

Рак ЖП относится к быстро прогрессирующим опухолям. Известны 4 пути генерализации опухолевых клеток: