

ных различий в реакции на физическую нагрузку отмечено не было, но изменение показателей биоимпедансного анализа тела под влиянием силовой и аэробной нагрузки у лиц с нормальным уровнем АД достигало высоких цифр в более короткие сроки, что, скорее всего, связано с лучшими адаптационными возможностями кардио-респираторной системы. Небольшое количество обследованных и четкая тенденция положительной динамики показателей сердечно-сосудистой системы и состава тела, обуславливают необходимость продолжения исследований в данном направлении, для разработки четких и обоснованных, с точки зрения доказательности, методов профилактики возникновения и развития социально значимых заболеваний и их факторов риска.

Литература:

1. Болотнова Т.В., Цыганкова Ю.А. Факторы риска язвенной болезни у лиц трудоспособного возраста северного региона // Медицинская наука и образование Урала. – 2011. – № 4. – С. 111-113.
2. Куимова Ж.В., Гурова Н.А., Авраменко Л.П., Болотнова Т.В. Методы реабилитации больных хроническим бронхитом на поликлиническом этапе // Перспективы развития амбулаторно - поликлинической помощи в Тюмени. – Тюмень, 2004. – С. 58.
3. Оконецникова Н.С., Китаева Б.Х., Болотнова Т.В. Показатели физического и психического компонентов качества жизни больных ассоциированной патологией в пожилом возрасте // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3. – С. 23.
4. Панин С.В., Соловьев В.С., Елифанов А.В. и др. Социально-физиологические и популяционные исследования адаптационных свойств человека // Вестник Тюменского государственного университета. – 2009. – № 3. – С. 150-154.
5. Платицына Н.Г., Кусливая О.Н., Болотнова Т.В. Сравнительный анализ остеопенического синдрома у женщин с артериальной гипертензией в разных возрастных группах // Материалы VII Национального конгресса терапевтов. – Москва, 2012. – С. 156-157.
6. Ржанникова А.Н., Шумасова Р.Б. Варианты дебюта язвенной болезни с учетом гендерных различий // Материалы 47 Всероссийской научной конференции с международным участием студентов и молодых ученых «Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации», 2013. – С.116.
7. Соловьева С.В., Сычева Е.В. Особенности влияния умеренной аэробной и силовой физической нагрузки на кардиореспираторную систему и показатели биоимпедансного анализа тела, как модифицируемые факторы риска у лиц с нормальным и повышенным уровнем артериального давления // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3. – С. 30-31.

ВЗАИМОСВЯЗЬ БИЛИАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Е.В. Тюрина

ГБОУ ВПО Тюменская ГМА МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

E-mail автора: ekattyurina@yandex.ru

Билиарная патология является чрезвычайно распространенной среди населения всех возрастных групп. Частота заболеваний билиарной системы составляет в популяции 10-15% в экономически развитых странах [1]. Только по официальным данным, каждая пятая женщина и каждый пятнадцатый мужчина в возрасте старше 20 лет страдают функциональными дискинезиями, холециститом, желчнокаменной болезнью или перенесли холецистэктомию (ХЭ) [7]. Фактическая же распространенность заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей представляется значительно более высокой. Желчнокаменная болезнь стала довольно частым заболеванием не только у женщин, но и у мужчин. Желчно-каменная болезнь (ЖКБ) чрезвычайно распространена во всех цивилизованных странах, в том числе и в России. Особенно высока заболеваемость среди женщин в возрасте 35-40 лет и старше. В настоящее время показатели распространенности болезней желчевыводящих путей (ЖВП) колеблются от 26,6 до 45,5 на 1000 человек. Согласно данным научного прогнозирования, заболеваемость болезнями пищеварительной системы в ближайшие 15-20 лет возрастет в мире, по крайней мере, на 30-50% за счет увеличения числа болезней, в основе которых лежат стрессовые, дискинетические, метаболические механизмы. Данные тенденции характерны и для патологии желчевыводящей системы. Из вышеизложенного следует, что патология билиарного тракта является очень актуальной для современной медицины проблемой.

Такая распространенность заболеваний желчевыводящих путей может быть связана со сложностью диагностика различных форм дискинезий, поскольку характеризуются полиморфностью симптоматики. Длительное время дисфункция билиарной системы может протекать бессимптомно, рецидивируя с разной степенью выраженности клиники при погрешностях питания, употреблении алкоголя, некоторых лекарственных препаратов, физических нагрузках, эмоциональном перенапряжении. Каждый из этих этапов сопровождается разнообразными,

зачастую патогенетически взаимосвязанными, состояниями – дуоденогастральным и гастроэзофагеальным рефлюксом, рефлюкс-гастритом и функциональной диспепсией, дуоденитом, хроническим панкреатитом, нарушениями моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника, синдромом билиарной недостаточности и избыточного бактериального роста в кишечнике, кишечным дисбиозом, симптомами нарушенного кишечного пищеварения и всасывания [4, 8]. В результате при поражении одного органа в патологический процесс неизбежно вовлекаются и другие [4]. Отсюда возможность создания «порочных кругов», в которых патология желчных путей способствует развитию дуоденита, гастрита, панкреатита, кишечного дисбиоза, а те, в свою очередь, поддерживают дискинезию, повышенную литогенность желчи и воспалительный процесс в билиарном тракте.

С клинической точки зрения билиарные дисфункции (БД) представляют особый интерес, так как несвоевременная диагностика или неадекватная их коррекция приводят к формированию и прогрессированию целого ряда заболеваний органического характера. В связи с этим ранняя диагностика и адекватная терапия функциональных нарушений билиарного тракта (ФНБТ), являются важной клинической задачей для врача поликлиники.

Функциональная патология ЖВП может быть первичной и развиваться вторично в результате органической патологии печени, системы желчевыделения, двенадцатиперстной кишки, желудка, толстого кишечника и других органов.

Независимо от данного разделения все дисфункциональные расстройства ЖВП имеют в своей основе моторные расстройства билиарного тракта – дискинезию. Именно под этим наименованием данная патология уже много десятилетий пристально изучается гастроэнтерологами в нашей стране.

Первичные дискинезии ЖВП встречаются по данным разных авторов от 15 до 30 и более процентов. Большинство пациентов в возрасте до 30 лет, преимущественно женщин, при обращении в поликлинику с жалобами на боли в правом подреберье страдают той или иной формой дискинезии ЖВП. Первичной дискинезией ЖВП страдают чаще лица молодого возраста (18-35 лет), астенической конституции, пониженного питания. Развитие первичной дискинезии связано со снижением чувствительности рецепторно-аппарата ЖП и сфинктеров желчных путей к нейрогуморальной стимуляции. Ограниченное количество рецепторов может быть генетически

детерминированным и приобретенным вследствие различных воспалительных, дистрофических и метаболических расстройств [3, 6].

Вторичные дисфункциональные нарушения билиарного тракта диагностируются в 85-90% случаев при патологии ЖВП воспалительного характера и при аномалиях развития. Так дискинетические расстройства в большинстве случаев сочетаются с вариантами формы и аномалиями развития желчного пузыря, сифонопатиями (шаровидный, удлинённый желчный пузырь, в виде песочных часов, перегибов, перетяжек, мембран и пр.). При сифонных аномалиях желчного пузыря имеются острые углы между шейкой пузыря, воронкой, пузырьным протоком. Вторичные билиарные дискинезии наблюдаются при психоэмоциональных перегрузках, стрессовых ситуациях, общих неврозах, гормональных расстройствах, беременности, системных заболеваниях, диабете, гепатите, циррозе печени, ЛДС, а также при воспалении и конкрементах в ЖП. Другая наиболее частая группа причин ВБД связана с различными хирургическими вмешательствами на органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): резекция желудка и ваготомия, приводящие к ослаблению гормональной регуляции и гипотонии ЖП, холецистэктомия и пр. [5].

Следует иметь в виду, что врожденные аномалии, как и воспалительные процессы в шейной области желчного пузыря, пузырьном, общем желчном протоке, в области фатерова соска, редко распознаются и могут расцениваться как первичные дискинезии ЖВП. Тяжело бывает отдифференцировать первичную дискинезию от вторичной при бескаменном холецистите, особенно с небольшим анамнезом, дуодените, хроническом панкреатите. В любом случае диагноз первичной дискинезии ЖВП можно ставить только после всестороннего тщательного исследования пациента на предмет исключения органического заболевания ЖКТ и гепатобилиарного тракта в частности.

Длительное время указанные патологические состояния могут протекать бессимптомно, рецидивируя с разной степенью выраженности клиники при погрешностях питания, употреблении алкоголя, некоторых лекарственных препаратов, физических нагрузках, эмоциональном перенапряжении. Во многих случаях удается проследить этапность прогрессирования билиарной патологии: «аномалии развития желчного пузыря – билиарные дисфункции – хронический бескаменный холецистит – билиарный сладж – желчнокаменная болезнь – холецистэктомия – последствия холецистэктомии». Каждый из этих этапов сопровождается разнообразными, зача-

стью патогенетически взаимосвязанными, состояниями – дуоденогастральным и гастроэзофагеальным рефлюксом, рефлюкс-гастритом и функциональной диспепсией, дуоденитом, хроническим панкреатитом, нарушениями моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника, синдромом билиарной недостаточности и избыточного бактериального роста в кишечнике, кишечным дисбиозом, симптомами нарушенного кишечного пищеварения и всасывания [4, 8].

В гораздо меньшем объеме в литературе приведены сведения об участии патологически развивающихся позвоночно-дегенеративных структур и сегментов спинного мозга в патогенезе дисфункций органов пищеварения, в том числе заболеваний билиарной системы [2]. Вместе с тем частое частое совпадение функциональной неполноценности шейного отдела позвоночника и нарушений двигательной функции желчного пузыря у детей и подростков позволяет предположить взаимообусловленности этих патологических состояний, трансформирующихся с течением времени в тяжёлую органическую патологию остеохондроз шейного отдела позвоночника и желчнокаменную болезнь.

Цель исследования: изучить взаимосвязь билиарной дисфункции и заболеваний шейного отдела позвоночника, установить факт их взаимоотношения.

Материалы и методы.

Обследовано 82 больных в возрасте от 16 до 40 лет. Всем пациентам было проведено обследование в соответствии с приказом МЗ РФ от 17.04.1998 №125 «О стандартах (протоколах) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения». Программа обследования включала: анализ жалоб больных и анамнестических данных, обязательный анализ амбулаторных карт. Лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, общий и прямой билирубин, креатинин, глюкоза, активность ферментов: трансаминаз- аланиновой и аспарагиновой, гамма-глутамилтранспептидазы, щелочной фосфатазы и амилазы). Инструментальные исследования: ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ультразвуковая проба с жирным завтраком, а также ЭРПХГ (по показаниям). В качестве дополнительных методов исследования, по показаниям проводились: эзофагогастродуоденоскопия и тестирование на наличие *H. Pylori*.

В первую группу были включены 32 пациента с первичной формой первичной формой дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП),

распределение по полу в данной группе: 28 женщин, 4 мужчины.

Вторая группа обследованных представлена больными с вторичной формой дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) на фоне хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): 23 пациентов с хроническим гастродуоденитом, 18 больных с хроническим холециститом, 9 пациентов с хроническим панкреатитом. Во второй группе также преобладали женщины – 37, мужчины – 13.

Также располагаем опытом динамического наблюдения и лечения 38 больных в возрасте от 18 до 25 лет, страдающих остеохондрозом шейного отдела позвоночника, данные пациенты составили третья группа. Из числа исследуемых было 29 (64,5%) женщин и 16 (3,5%) мужчин.

В ходе исследования использовали анализ жалоб исследуемых больных, анамнез по развитию билиарной и вертеброгенной патологиям, проведено комплексное обследование: клинический осмотр пациентов результаты обзорной рентгенографии шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях и компьютерной томографии.

Для выявления сопряженности клинического течения двух патологических процессов: дисфункции билиарной системы и остеохондроза позвоночника, устанавливали связь висцеральных болей, диспепсических симптомов с обострением заболеваний позвоночника (усиление болей в шейном отделе позвоночника при нагрузке, нарушение объема движений позвоночника, болезненность при пальпации паравертебральных точек и остистых отростков).

Результаты и обсуждения.

В результате проведенного исследования в группах пациентов с первичной и вторичной формами ДЖВП, было установлено, что средняя длительность остеохондроза шейного отдела позвоночника составила – 11,6 лет, в то время как длительность симптомов билиарной дисфункции – 5,8 лет. При анализе жалоб было выявлено преобладание, на протяжении длительного времени, диспепсических расстройств: тошнота, вздутие живота, абдоминальной дискомфорта в эпигастральной области и правом подреберье, без четкой локализации. В первой группе исследования болевой синдром преобладанием кратковременной коликообразной боли, встречающейся у 18 человек (60%), с локализацией в правом подреберье – у 23 человек (76%) и пилородуоденальной зоне – у 6 человек (20%); реже болевой синдром проявлялся тупыми, тянущими болями – 11 человек (35 %), продолжительная до 2-х часов – у 7 пациентов (23,3%). При пальпации области живота у пациентов с первичной

формой ДЖВП болезненность в области правого подреберья и точке желчного пузыря определялась редко, лишь у 6 пациентов (20%), по интенсивности – слабая болезненность – у 4 больных (13,3%), умеренной интенсивности – у 2 пациентов (6,6%). Появление и усиление абдоминальных болей было одновременно или сразу после обострения заболеваний позвоночника у 11 пациентов (34,37 %). Проявления цервикальной патологии выявлены у 23 больных (71,87%), характеризовались болью в шейном отделе позвоночника 18 (56,25%), дефансом мышц разгибателей шейного отдела позвоночника головной болью 12 (37,50%), головными болями 7 (21,87%).

В группе исследования №2 преобладали жалобы на продолжительные тянущие, распирающие боли, выявленные у 26 (52%) пациентов, интенсивная приступообразная боль у 16 (32%) пациентов, с локализацией в области правого подреберья – 35 (70%) пациентов, в эпигастриальной области – 15 (30%) больных. Наиболее часто боль иррадирует под правую лопатку, правое плечо у 24 (48%) пациентов. При объективном обследовании выявлена умеренная болезненность в правом подреберье определялась у 15 (30%) больных, выраженной интенсивности у 3 (6%) пациентов, слабой интенсивности у 26 (52%) исследуемых. При исследовании функции позвоночника у 13 (26%) пациентов было выявлено клинические и рентгенологические признаки остеохондроза. Появление боли в шейном отделе позвоночника у 9 (18%) пациентов предшествовало манифестации клинических симптомов билиарной дисфункции. При обследовании выявлено боль в шее 19 (38%), напряжение мышц разгибателей шейного отдела позвоночника 13 (26%), функциональные блоки в межпозвоночных суставах 12 (24%), триггерные точки в шейных мышцах 9 (18%).

Клинические данные были подтверждены рентгенологически: локализация патологического процесса на уровне сегмента С3-С4, патологический шейный кифоз, аномалии развития позвоночника (аномалия Киммерли).

Проявления цервикальной патологии в третьей группе исследования больных характеризовались головными болями 26 (68,4%) человек, болью в шее 23 (60,5%), иррадиацией болевого синдрома в одну из верхних конечностей 13 (28,9%), ограничением объемов активной ротации и латерофлексии 15 (39,4%), установочной кривошеей 4 (10,5%), дефансом мышц разгибателей шейного отдела позвоночника 13 (34,2%), болезненной осевой нагрузкой 12 (31,5%), болезненностью при пальпации 37 (97,3%), разно-

направленными функциональными блоками в межпозвоночных суставах 38 (100%), положительными симптомами напряжения 6 (15,7%) пациентов. В данной группе у 12 (31,57%) пациентов выявлена билиарная патология функционального характера. Пациентов длительное время беспокоили диспепсические проявления, такие как тошнота 9 (75%), метеоризм 7 (58,33%), горечь во рту 5 (41,66%) больных. Периодически беспокоили тянущие, тупые боли в правом подреберье 7 (58,33%), острые схваткообразные боли в правом подреберье 5 (41,66%) пациентов, абдоминальный дискомфорт без четкой локализации у 9 (75%) больных. Возникновение и, что важно усиление боли в правом подреберье провоцировалось выраженными клиническими проявлениями цервикальной патологии. Клинические проявления билиарной патологии функционального характера подтверждены лабораторными и инструментальными методами исследования.

Заключение.

Частое сочетание органических заболеваний шейного отдела позвоночника и функциональной билиарной патологией у лиц молодого возраста с высокой долей вероятности предполагает функционирование у пациентов патологических вертебро-висцеральных связей. Влияние патологии шейного отдела позвоночника на клинические проявления билиарной дисфункции заключается в более частом рецидивировании и усилении интенсивности болевого синдрома. В ходе исследования установлено более частое сочетание первичной формой ДЖВП и патологии шейного отдела позвоночника в сравнении с группой, в которую были включены пациенты с вторичной ДЖВП. Что еще в большей степени доказывает необходимость комплексного подхода в обследовании и лечении пациентов с билиарной дисфункцией. Изучение данных пациентов, страдающих остеохондрозом шейного отдела позвоночника, в возрастной группе от 18 до 25 лет, привело к выявлению билиарной патологии функционального характера у 31 (57%) больных. Интересной особенностью данной группы является преобладание абдоминального дискомфорта без четкой локализации у 75% больных, появление и усиление боли в правом подреберье связано с усилением клиническими проявлениями цервикальной патологии.

Полученные результаты позволяют предполагать взаимосвязь заболеваний билиарной системы функционального характера и шейного отдела позвоночника. В связи этим возникает необходимость комплексного подхода к обследованию пациентов, активному выявлению вза-

имотягощающих заболеваний, таких как первичная форма ДЖВП и остеохондроз шейного отдела позвоночника.

Литература:

1. Болезни печени и желчевыводящих путей. Под ред. В.Т. Ивашкина. М., 2005. – С. 476-78.
2. Захматова Т.В., Щедренко В.В., Себелев К.И., Могучая О.В. Современный алгоритм клинколучевого обследования при дегенеративно-дистрофических заболеваниях шейного отдела позвоночника // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 6. – С. 28-29.
3. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. – М.: ГЭОТАР - МЕД, 2001. – 264 с.
4. Махов В.М., Ромасенко Л.В., Турко Т.В. Коморбидность дисфункциональных расстройств органов пищеварения // РМЖ. – 2007. – Том 9, № 2. – С. 37-42.
5. Фокин Д.В., Дударев В.А. Особенности лапароскопической холецистэктомии // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 17-18.
6. Шеховцова Ю.А., Горбунов Н.С. Пространственное расположение и строение стенки желчного пузыря у людей с разными формами живота // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 2. – С. 52.
7. Corazzari E. et al. Functional disorders of the biliary tract and pancreas // Gut. – 1999. – № 2. – P. 1148-54.
8. Marschall H.U., Einarsson C. Gallstone disease // J. of Internal Medicine. – 2007. – № 261. – P. 529-542.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*М.В. Филонова, А.Р. Юсупов,
В.Ю. Суровцева, Т.В. Болотнова*

ГБУЗ ТО Госпиталь для ветеранов войн, г. Тюмень, Россия
ГБОУ ВПО Тюменская ГМА МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

Феномен долгожительства и проблемы долголетних людей все более привлекают внимание различных специалистов, работающих в геронтологии и смежных областях [4, 6]. В первую очередь, это объясняется тем, что современный процесс демографического старения населения развитых стран осуществляется неоднородно. В последние годы в России число лиц в возрасте 75 лет и старше увеличилось в 2,6 раза, а в возрасте 85 лет и старше - более чем в 3 раза [4]. Происходит процесс старения в рамках самой старости. Рост доли пожилых и старых людей в составе населения обуславливает необходимость изучения состава этой части, их нужд, потребно-

стей, биологических и социальных возможностей, решения целого ряда медицинских, социальных, экономических проблем все в большей степени.

Проводимые исследования показали, что качество жизни людей преклонного возраста варьирует в зависимости от условий жизнедеятельности индивидуума [1, 3, 5, 8].

В научной литературе, посвященной проблемам долгожительства, одним из важных факторов, влияющих на увеличение продолжительности жизни, рассматривается семья [2, 7]. Семья выполняет ряд социальных функций, которые для лиц преклонного возраста с возрастом приобретают особое значение. К наиболее важным из них относятся хозяйственно-бытовая и функция повседневного жизнеобеспечения, эмоциональная и психологическая поддержка, и защита пожилого человека, социализация человека в старости и адаптация его к новому социальному статусу. Особо следует отметить воспитательную функцию семьи, связанную со старыми людьми.

Для получения представления о составе семьи, семейном окружении долгожителей на момент опроса задавались вопросы о том, с кем и где проживают обследуемые. 44,7% долгожителей живут совместно со своими детьми, внуками или другими родственниками, которые взяли на себя повседневные заботы о самом старом члене семьи. В остальных случаях долгожители проживали совместно с супругом (19,1%), в специализированном доме интернате (8,6%). Как следует из представленных данных, в семейном окружении долгожителей вторыми по значимости вклада в обеспечение их повседневной жизни, материальной и моральной поддержки являются дети и внуки. Роль внуков в поддержке своих 90-летних родственников может быть значительной не только из-за совместного с ними проживания, но и в силу того, что они в основном находятся в активном трудоспособном возрасте по сравнению со своими родителями (дети долгожителей), которые сами из-за преклонного возраста нуждаются в помощи.

Важно отметить, что большая часть опрошенных живут в семьях, в которых более 2 человек. В таких семьях возникает меньше проблем и сложностей по содержанию и уходу за старыми людьми, так как нагрузка может распределяться равномерно между всеми членами семьи. Больше сложностей у одинокоживущих долгожителей, которые составляют 27,6 % всех обследованных.

Нами рассматривались вопросы внутрисемейного общения и взаимоотношения. Как