

6. Nagata S. Apoptosis by death factor // Cell. — 1997. — Vol. 88. — P. 355–365.

РЕЗЮМЕ

Ю. А. Сычева, И. А. Горбачева, Л. Ю. Орехова, П. С. Шабак-Спасский, Л. Г. Владимировна

Роль нарушения региональной микроциркуляции и метаболических нарушений в патогенезе гипертонической болезни и воспалительных заболеваний пародонта

В работе исследованы взаимосвязи патологической активации апоптоза с состоянием и активностью процессов свободнорадикального окисления, регионарной гемодинамики у 27 больных с гипертонической болезнью и воспалительными заболеваниями пародонта. Полученные результаты показывают, что артериальная гипертензия сопровождается тканевой гипоксией, инициирующей окислительную модификацию белков и липидов, с активацией патологического апоптоза, что запускает механизмы ремоделирования органов-мишеней и формирует воспалительно-дегенеративную модификацию тканей пародонта как морфологический субстрат ремоделирования. Это позволяет рассматривать пародонт как орган-мишень ремоделирования при ГБ.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, заболевания пародонта, гипоксия, окислительный стресс, апоптоз.

SUMMARY

Yu. A. Sycheva, I. A. Gorbacheva, L. Yu. Orekhova, P. S. Shabak-Spassky, L. G. Vladimirova

The role of disorders in the regional microcirculation and in metabolism in hypertension and inflammatory periodontal disease pathogenesis

We have studied interrelation between pathological activation of apoptosis and the state and activity of free radical oxidation, and of regional hemodynamics in 27 patients with essential hypertension (EH) and inflammatory periodontal disease. The results show that arterial hypertension is accompanied by tissue hypoxia initiating oxidative modification of proteins and lipids with following pathological activation of apoptosis, that triggers the mechanisms of remodeling of the target organs and results in inflammatory and degenerative forms of periodontal tissue modification as a morphological substrate of remodeling. Therefore periodontium may be looked upon as a target organ of remodeling in EH.

Key words: hypertension, periodontal disease, hypoxia, oxidative stress, apoptosis.

© Коллектив авторов, 2013 г.
УДК 611.839.31-001.11-06:616.633.937

**А. М. Игнашов, Д. В. Качалов,
М. М. Антонов, В. Е. Перлей,
А. Ю. Гичкин, Т. М. Табакова**

НЕКОНЪЮГИРОВАННАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ КОМПРЕССИИ ЧРЕВНОГО СТВОЛА

Кафедра госпитальной хирургии № 1 Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова

ВВЕДЕНИЕ

Гипербилирубинемия (ГБЕ), особенно с желтухой, всегда привлекает большое внимание и требует быстрого проведения дифференциальной диагностики для определения лечебной тактики [4]. После выявления гипербилирубинемии сравнительно нетрудно определить, является она конъюгированной (прямой) или неконъюгированной (непрямой). ГБЕ как изолированный лабораторный показатель, свидетельствующий о нарушении метаболизма билирубина, без явных признаков гемолиза и заболевания печени, обнаруживается в 5–10 % случаев в популяции, в основном обусловлена неконъюгированной фракцией и носит преимущественно доброкачественный характер [5]. Установить причину неконъюгированной ГБЕ не всегда

удается, и в таких случаях методом исключения ставится диагноз «синдром Жильбера», характеризующийся перемежающейся умеренно выраженной необъяснимой непрямой ГБЕ в юношеском возрасте [6]. У ряда больных синдромом компрессии чревного ствола (СКЧС) до его декомпрессии была обнаружена неконъюгированная ГБЕ [1, 2]. Неконъюгированная ГБЕ и СКЧС относительно нередко встречаются, вместе с тем какое-либо соотношение между ними недостаточно изучено.

Цель исследования — изучить некоторые клинические аспекты сочетания синдрома компрессии чревного ствола и неконъюгированной гипербилирубинемии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с января 1999 по июнь 2011 гг. в клинике госпитальной хирургии № 1 СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова последовательно был обследован и оперирован 621 больной СКЧС, мужчин 236 (38,1 %) и женщин 385 (61,9 %). Из них у 147 (23,7 %) больных и еще у 14 оперированных с 1986 г. была выявлена неконъюгированная гипербилирубинемия. Из 161 больного СКЧС ствола мужчин было 85 (52,8 %) и женщин 76 (47,2 %). Возраст больных колебался от 12 до 68 лет и в среднем составил $29,2 \pm 0,9$ года.

До операции диагноз «СКЧС и ГБЕ» был поставлен на основании клинико-анамнестических данных, результатов лабораторного, инструментального, аппаратного методов исследования, в ходе ревизии во время операции и у части больных —

после гистологического исследования инцизионных биоптатов печени. Лабораторные исследования включали клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи. Был определен уровень общего, конъюгированного, неконъюгированного билирубина, печеночных трансаминаз АЛТ и АСТ, общего белка, МНО и маркеров гепатитов В и С.

У 157 (97,5 %) больных из 161 компрессионный стеноз чревного ствола (КСЧС) был выявлен с помощью трансабдоминального ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) при спокойном дыхании и на выдохе. Исследование проводили на диагностической системе «Vivid 7 Dimension» (GE Medical Systems) многочастотным конвексным датчиком с несущей частотой 6 МГц по принятой методике. У 22 больных КСЧС был подтвержден с помощью ангиографии, из них у 18 больных — в сочетании с УЗДС и у 4-х — только ангиографией. У всех 161 больного уровень билирубина и его фракций был определен по методу Йендрашика — Клеггорна — Грофа. В норме верхний уровень общего билирубина равнялся 20,5 мкмоль/л, конъюгированного — 4,3 мкмоль/л, неконъюгированного — 17,1 мкмоль/л [3]. У 107 больных из 161 ГБЕ была обнаружена случайно непосредственно перед операцией, у 54 — в различные сроки до операции, от одного месяца до 19 лет. ГБЕ у 3-х больных была выявлена за 1–2 месяца, у 2-х — за 2, еще у 2-х — за 4. За один год до вмешательства — у 19 больных, у 5 — за 2 года, у 8 — за 3 года. У 7 пациентов — в сроки от 4 до 8 лет, у 9 — в сроки от 11 до 15 лет и у 1-го — за 19 лет до операции. В целом из 161 больного желтуха была обнаружена у 9 больных и иктеричность склер — у 30. У 12 больных ранее в других учреждениях был поставлен диагноз синдрома Жильбера, который был подтвержден до операции только у 1-го больного на основании молекулярно-генетического исследования. У 161 больного под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами из верхнего срединного лапаротомного доступа была произведена хирургическая декомпрессия чревного ствола (ДЧС) путем рассечения и в ряде случаев иссечения сдавливающих его тканей: срединная дугообразная связка диафрагмы (СДСД), ее внутренние ножки и нейрофиброзная ткань чревного сплетения. У 44 (27,3 %) больных была выполнена интраоперационная инцизионная краевая биопсия левой доли печени и гистологическое исследование. У 49 больных было произведено интраоперационное УЗДС брюшной аорты, чревного ствола (ЧС) и верхней брыжеечной артерии (ВБА) для уточняющей диагностики КСЧС и определения эффективности операции. В связи с операцией не было осложнений и летальных исходов. В различные сроки после операции было выполнено контрольное УЗДС у всех больных и произведена клиническая

оценка результатов ДЧС. У всех больных был исключен гемолиз, инфекционный гепатит, за исключением 8 больных, и другие возможные причины ГБЕ, кроме КСЧС. Для сравнения в группах использовали парный и непарный Т-критерий. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Длительность клинических проявлений СКЧС была от трех месяцев до 60 лет и в среднем составляла $9,9 \pm 0,5$ года. Начальные симптомы СКЧС были отмечены у 34 (21,1 %) больных на I декаде жизни, у 71 (44,1 %) — на II, у 35 (21,7 %) — на III и на IV–V — у 21 (13,0 %).

Боль в животе была у 155 ($96,3 \pm 1,5$ %) больных из 161. Она локализовалась в надчревной области у 55 ($35,5 \pm 3,8$ %) больных, в правой подреберной — у 7 ($4,5 \pm 1,7$ %), в надчревной и правой подреберной — у 23 ($14,8 \pm 2,9$ %), в левой подреберной — у 30 ($19,4 \pm 3,2$ %) и в других анатомических областях — у 40 ($25,8 \pm 3,5$ %). В связи с приемом пищи появление или усиление боли в животе было у 124 ($80,0 \pm 3,2$ %) больных из 155. Из них в сочетании с физической нагрузкой — у 41 ($26,5 \pm 3,5$ %), с психоэмоциональным стрессом — у 6 ($3,9 \pm 1,5$ %) и у 29 ($18,7 \pm 3,1$ %) — одновременно с этими двумя факторами. У 5 ($3,2 \pm 1,4$ %) больных боли в животе провоцировались физической нагрузкой и у 1 ($0,6 \pm 0,6$ %) — психоэмоциональным стрессом, у 8 ($5,2 \pm 1,8$ %) — при сочетании этих факторов, и у 17 ($11,0 \pm 2,5$ %) они возникали без видимой причины или под влиянием всех упомянутых факторов. Постоянная боль в животе, периодически усиливающаяся, была только у 5 больных. Ощущение тяжести, полноты (дискомфорт) после приема пищи были у 122 ($75,8 \pm 3,4$ %) больных, большей частью в надчревной области, и у 5 из них — в правой подреберной. У других 5 больных этот дискомфорт наблюдался только в правой подреберной области. Расстройство стула было у 44 ($27,3 \pm 3,5$ %) больных, из них диарея — у 18 ($11,2 \pm 2,5$ %) и запоры — у 26 ($16,1 \pm 2,9$ %). Вздутие живота отмечалось у 62 ($38,5 \pm 3,8$ %) больных. Болезненность в надчревной области была у 157 ($97,5 \pm 1,2$ %) больных, из них в правой подреберной области — у 4 и у 9 больных — в других областях. Систолический шум под мечевидным отростком выслушивался у 113 (70,2 %) больных.

У 157 больных основные показатели трансабдоминального УЗДС при спокойном дыхании до операции были гемодинамически значимыми: диаметр стенозированного сегмента чревного ствола — $2,5 \pm 0,03$ мм, степень стеноза по диаметру — $60,4 \pm 0,5$ %, пиковая систолическая скорость кровотока (ПССК) — $2,4 \pm 0,04$ м/с, градиент артериального давления в ЧС — $22,6 \pm 0,8$ мм рт. ст., объемная скорость кровотока — 376 ± 8 мл/мин. В верх-

ней брыжеечной артерии ПССК была компенсаторно ускорена в среднем до $1,7 \pm 0,03$ м/с и объемная скорость кровотока — 1101 ± 16 мл/мин.

МНО было в норме у 127 больных ($92,7 \pm 2,2$ %) и у 10 незначительно повышено до $1,22 - 1,5$ из 137 обследованных больных. Из 147 больных уровень АЛТ был в норме у 139 больных и у 8 пациентов повышен в среднем на 74 %, и у 3-х из них было повышение АСТ. У 8 пациентов были выявлены маркеры к вирусному гепатиту В и С, при этом у 4 из них отмечалось повышение АЛТ и АСТ, характерное для минимальной активности вирусного гепатита. Еще у 4 больных с увеличенным уровнем АЛТ маркеры гепатитов В и С не были выявлены. Щелочная фосфатаза была определена у 27 больных, и ее повышение было у 2-х до 884 и 288 соответственно при норме до 92 Е/л.

По данным УЗИ, МРТ или МСКТ органов брюшной полости гепатомегалия была выявлена у 1 больного, спленомегалия — у 5, однако во время операции эти данные не были подтверждены. У 22 больных при УЗИ были выявлены диффузные изменения паренхимы печени, у 21 — дискинезия желчевыводящих путей, у 8 — полипы желчного пузыря, ЖКБ — у 4 больных, ни у одного из обследованных больных не было выявлено расширения желчевыводящих путей и признаков портальной гипертензии. При фиброэзофагогастродуоденоскопии хроническая активная язва желудка была выявлена у 1-го больного и у 2-х — язва двенадцатиперстной кишки, патологических изменений в области большого дуоденального сосочка выявлено не было.

Исходный уровень общего билирубина был определен у 161 больного и у 142 из них — конъюгированный и неконъюгированный билирубин. У 160 больных общий билирубин колебался от 20,6 до 78,2 мкмоль/л и составил в среднем $31,9 \pm 0,8$ мкмоль/л, что на 11,3 мкмоль/л выше нормального уровня. У 141 больного уровень неконъюгированного билирубина колебался от 17,7 до 56,6 мкмоль/л и в среднем составил $28,6 \pm 0,8$ мкмоль/л, что на 11,5 мкмоль/л выше нормы. Уровень прямого билирубина у этих больных колебался от 0,9 до 24,6 мкмоль/л и в среднем составил $3,6 \pm 0,2$ мкмоль/л при норме 4,3 мкмоль/л. Отношение прямого билирубина к общему в среднем составило $11,4 \pm 0,6$ %, у 136 больных наблюдалась только неконъюгированная ГБЕ и смешанная форма ГБЕ у 5, у них был повышен неконъюгированный и конъюгированный билирубин, последний в среднем составил $13,7 \pm 2,8$ мкмоль/л. Отношение между прямым и общим билирубином составило более 30 %. У большинства больных была неконъюгированная ГБЕ.

Показатели общего билирубина у больных СКЧС в среднем были выше у мужчин, чем у женщин, на 5 мкмоль/л ($p < 0,05$) во всех возрастных группах.

ГБЕ констатирована у 106 (66,3 %) больных из 160 в возрасте от 12 до 30 лет, у 36 (22,5 %) — в возрасте от 31 до 50 и у 15 (9,4 %) — в возрасте от 51 до 68 лет. Уровень конъюгированного билирубина в среднем был ниже у женщин, чем у мужчин, однако в возрастной группе от 51 до 60 лет он был ниже у лиц мужского пола ($p > 0,05$). Неконъюгированный билирубин также был выше у лиц мужского пола во всех возрастных группах ($p < 0,05$). Отношение конъюгированного билирубина к общему в среднем было одинаковым у лиц мужского и женского пола и составило 11,6 %, однако в возрастной группе от 21 до 40 лет этот показатель у женщин был ниже, чем у мужчин ($p > 0,05$).

В ранние сроки после операции до выписки из стационара у 116 (82,3 %) больных нормализовались показатели билирубина и у 25 (17,7 %) оставались выше нормы.

Под нашим наблюдением оказались 4 больных СКЧС из двух семей. В одной — у отца и сына, у которого была непрямая ГБЕ. После ДЧС гипербилирубинемия исчезла. Заслуживает внимания история другой семьи: родные брат 22 лет и сестра 18 лет, у которых был СКЧС и непрямая ГБЕ. У сестры с 7 лет были боли и дискомфорт в надчревной области после приема пищи и физической нагрузки и иктеричность склер. Тогда впервые выявлена непрямая ГБЕ. Вирусными гепатитами не болела. Последние полгода усиление боли и общей слабости. Болезненность в эпигастральной области и систолический шум. Гемолиза нет. Общий билирубин — 46,7 мкмоль/л, непрямой — 46,2 мкмоль/л, прямой — 6,0 мкмоль/л, были эпизоды повышения уровня общего билирубина до 63 мкмоль/л, непрямого до 46,2 и прямого до 17,2 мкмоль/л. Маркеры гепатитов В и С отрицательные, АЛТ и АСТ в норме. По данным УЗИ, ПССК в ЧС — 3,3 м/с, градиент АД — 47,2 мм рт. ст. на выдохе. ДЧС — 04.1998 г. При гистологическом исследовании биоптата печени участки белковой и жировой дистрофии, фиброз по ходу триад. На 6-й день после операции общий билирубин 19,7 мкмоль/л, АЛТ и АСТ в норме, не стало иктеричности склер. Через 2 недели после ДЧС исчезли боли в животе. По данным УЗИ через 1,5 года после операции, диаметр устья ЧС — 7 мм, ПССК в нем — 1,4 м/с, градиент АД — 7 мм рт. ст. Через 8 лет после операции состояние удовлетворительное, иногда в связи с переутомлением появлялась кратковременная иктеричность склер, ГБЕ не было. Следует отметить, что во время первой беременности 4 года назад наблюдалась ГБЕ до 60 мкмоль/л, о наличии которой ранее врачи были информированы, во время второй беременности год назад ГБЕ не было. В настоящее время чувствует себя нормально, показатели билирубина в норме.

У брата исходно общий билирубин был повышен до 41,8 мкмоль/л за счет непрямой фракции, отме-

чалась иктеричность склер. Маркеры гепатита В и С отрицательные, АЛТ и АСТ в норме. По данным УЗДС, субокклюзия устья ЧС, произведена ДЧС в 2000 г. В настоящее время состояние удовлетворительное, ЧС нормально проходим, ГБЕ нет. Известно, что аномалия анатомических взаимоотношений ЧС и СДСД, приводящая к КСЧС, является врожденной и передается по аутосомно-доминантному типу. Поэтому нельзя исключить у последних двух больных снижение активности или дефицит глюкуронилтрансферазы врожденного происхождения, усугубившихся в связи с КСЧС и ишемией печени.

У больной после ДЧС наступило выздоровление, однако во время первой беременности отмечалась ГБЕ, после которой наступила нормализация уровня общего билирубина. Полное восстановление проходимости ЧС и кровотока в нем и нормализации кровообращения в печени обусловили выздоровление этих больных.

Таким образом, среди 621 больного у 23,7 % была обнаружена сравнительно небольшая гипербилирубинемия, из них у 96,6 % — неконъюгированная форма и у 3,4 % — смешанная в основном в молодом возрасте с незначительным преобладанием у мужчин. При морфологическом анализе состояния печени грубых изменений не было выявлено, имелись преимущественно явления белковой и реже жировой дистрофии. В клинической картине ведущим симптомом была боль в надчревной области, а также у значительной части больных — в правой подреберной, у 24,2 % больных была желтуха или иктеричность склер. У всех больных были констатированы значимые анатомические и функциональные изменения в ЧС, свидетельствующие о выраженной хронической ишемии органов пищеварения, включая печень. У большинства этих больных были нейровегетативные расстройства или дизавтономия, связанные с раздражением ткани чревного сплетения. При сопоставлении следует обратить внимание на сходство клинических проявлений у значительной части больных СКЧС и ГБЕ с таковыми при синдроме Жильбера.

Можно полагать, что у больных СКЧС в основе неконъюгированной и реже смешанной ГБЕ лежит приобретенная гепатоцеллюлярная и энзимная дисфункция на почве снижения печеночного кровотока, ишемии и гипоксического состояния вследствие нарушения проходимости ЧС и раздражения прилежащей к нему нейроганглионарной ткани чревного сплетения. В результате уменьшения активности или частичного дефицита глюкуронилтрансферазы снижается конъюгация билирубина. Кроме того, возможно, имеется ухудшение экскреции билирубина гепатоцитами [7]. Не исключено, что у некоторой части таких больных имеется на-

следственное снижение активности глюкуронилтрансферазы, проявившееся неконъюгированной ГБЕ под влиянием наступившей ишемии и, возможно, других неблагоприятных факторов. Ранее было отмечено, что неконъюгированная ГБЕ у больных сердечной недостаточностью была связана с нарушением функции печени из-за снижения печеночного кровотока и повышения давления в венах печени [4]. После восстановления проходимости ЧС, доказанного во время операции клиническими и данными интраоперационного УЗДС у 30,4 % больных, наступила нормализация уровня билирубина у 82,3 % из 141 обследованного в ранние сроки после операции.

Результаты исследования показывают, что у больных СКЧС может быть нарушение конъюгации и экскреции билирубина гепатоцитами и развитие преимущественно неконъюгированной гипербилирубинемии, связанное с ишемией печени.

ВЫВОДЫ

1. У 1/4 части больных СКЧС, преимущественно у мужчин молодого возраста, была обнаружена умеренно выраженная гипербилирубинемия, преимущественно неконъюгированного типа, относительно редко — желтуха.

2. В раннем послеоперационном периоде перед выпиской из стационара у 4/5 больных показатели билирубина были нормальными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Игнашов А. М., Антонов М. М., Перлей В. Е. и др. Гипербилирубинемия и желтуха при компрессионном стенозе чревного ствола // V съезд науч. об-ва гастроэнтерол. России и XXXII сессии ЦНИИ гастроэнтерологии: сб. тезисов. — 2005. — С. 344 — 346.
2. Игнашов А. М., Тюрина Т. В., Перлей В. Е. и др. Хроническая рецидивирующая боль в животе и нейровегетативные расстройства у детей и подростков при синдроме компрессии чревного ствола // Амбулаторная хирургия. — 2006. — № 1 (21). — С. 18 — 21.
3. Лифшиц В. М., Сигельникова В. И. Биохимические анализы в клинике: справочник. — 7-е изд., доп. — М.: Триада X, 2009. — С. 216.
4. Abbot R. J. et al. A study of hyperbilirubinaemia in clinical practice // Postgraduate Medical Journal. — 1979. — № 55. — P. 787 — 790.
5. Fabris L., Cadamuro M., Okolicsanyi L. The patient presenting with isolated hyperbilirubinaemia // Digestive and Liver Disease. — 2009. — № 41. — P. 375 — 381.
6. Fretzayas A., Moustaki M., Liapi O. Eponym Gilbert syndrome // Eur. J. Pediatr. — 2012. — № 171. — P. 11 — 15.
7. Geller D. A., Goss J. A., Tsung A. Liver // Schwartz's Principles of Surgery. — 9th ed. — N.-Y., 2010. — P. 1093 — 1135.

РЕЗЮМЕ

А. М. Игнашов, Д. В. Качалов, М. М. Антонов, В. Е. Перлей, А. Ю. Гичкин, Т. М. Табакова

Неконъюгированная гипербилирубинемия у больных синдромом компрессии чревного ствола

Исследован уровень общего, конъюгированного и неконъюгированного билирубина у 621 больного синдромом компрессии чревного ствола, которым была выполнена его декомпрессия. У 23,4 % была обнаружена относительно небольшая гипербилирубинемия, в основном неконъюгированная, преимущественно у молодых пациентов. Основные показатели дуплексного сканирования чревного ствола были гемодинамически значимыми. После хирургической декомпрессии чревного ствола у большинства больных в раннем послеоперационном периоде наступила нормализация показателей билирубина и его фракций. Результаты показывают влияние стеноза чревного ствола и снижения печеночного кровотока на возможное развитие неконъюгированной гипербилирубинемии у больных синдромом компрессии этой артерии.

Ключевые слова: неконъюгированная гипербилирубинемия, синдром компрессии чревного ствола, беременность, семейные наблюдения.

SUMMARY

A. M. Ignashov, D. V. Kachalov, M. M. Antonov, V. E. Perley, A. U. Gichkin, T. M. Tabakova

Unconjugated hyperbilirubinemia in the patients with celiac trunk compression syndrome

The level of the total, conjugated and unconjugated bilirubin has been assessed after celiac trunk decompression in 621 patients with celiac trunk compression syndrome. Relatively mild, mainly unconjugated hyperbilirubinemia has been found in 23.4 % of the young patients predominantly. The main values of the celiac trunk duplex scanning have been hemodynamically significant. Normalization of bilirubin and its fractions values was seen in most of the patients in the early postoperative course after surgical celiac trunk decompression. The results show the effect of the celiac trunk stenosis and decrease in the liver blood flow on the possible development of unconjugated hyperbilirubinemia in the patients with this artery compression syndrome.

Key words: unconjugated hyperbilirubinemia, celiac trunk compression syndrome, pregnancy, family observations.

© Д. Ю. Семенов, Е. Н. Смолина, А. Н. Айламазян, 2013 г.
УДК 616.366-003.7-055.2

**Д. Ю. Семенов, Е. Н. Смолина,
А. Н. Айламазян**

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра общей хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова; Женская консультация № 34 Петроградского района Санкт-Петербурга; Поликлиника НИИИАГ имени Д. О. Отта

ВВЕДЕНИЕ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — одно из наиболее распространенных заболеваний современно общества. Среди болезней органов пищеварения она занимает ведущее место [5]. По современным данным статистики, патологией желчевыводящей системы страдает более 10 % населения планеты, при этом, по сообщениям ВОЗ, число таких больных в мире постоянно растет [6]. В целом по России данное заболевание выявляется у 13 — 20 % населения [3]. Количество женщин с ЖКБ больше, чем мужчин, и их соотношение составляет от 8:1 до 2:1 [2]. По результатам аутопсии, холелитиаз выявляется у 20 % лиц женского пола и у 8 % мужского. [4]. В последние десятилетия зафиксировано увеличение частоты ЖКБ среди пациентов молодого возраста: в 16,4 % данная патология формируется до 35 лет [3].

Особенно настораживает развитие данного заболевания во время беременности, и частота его

возникновения составляет от 3,3 до 12,2 %. У беременных — «каменосительниц» данная патология может протекать бессимптомно, но в 60 — 69 % манифестирует в последних двух триместрах беременности, что, в свою очередь, способствует развитию акушерской и неонатальной патологии [13]. Так, при хронических холециститах часто отмечаются такие осложнения беременности, как ранние токсикозы, гестозы (20 % против 8 % у здоровых), угроза прерывания беременности, невынашивание, внутриутробная гипоксия плода (24 % случаев против 3 % у здоровых), в родах — преждевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, кровотечения, а в раннем послеродовом периоде — замедление инволюции матки, септические осложнения. Существенно страдает и плод, и новорожденный — чаще рождаются недоношенные дети, в асфиксии [1]. Кроме того, ЖКБ является наиболее частой экстрагенитальной причиной материнской госпитализации в первый год после родов [12]. Поэтому чрезвычайно актуальным является определение факторов риска развития ЖКБ и, как следствие, проведение своевременной профилактики ее развития.

Среди наиболее часто рассматриваемых причин возникновения патологии желчевыводящей системы присутствуют такие, как несоблюдение диеты, курение, употребление комбинированных оральных контрацептивов (КОК), количество беременностей, использование вспомогательных методов оплодотворения, а также наследственный фактор.

По данным различных международных исследований, присутствует корреляция между частотой возникновения ЖКБ и количеством беременностей. Так, в Испании, по результатам исследований