

ФЕНОТИП МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ: ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНКИ

С.А. Шардин, Л.В. Прохорова, В.Б. Берман

В структуре общей смертности патология органов пищеварения составляет 15 %, а у лиц молодого возраста она занимает второе место после смертности от несчастных случаев и превышает смертность от сердечно-сосудистых и легочных болезней [1]. В связи с этим проблема первичной профилактики, прогнозирования и распознавания гастроэнтерологических заболеваний привлекает внимание исследователей.

Диагностика язвенной болезни, а также заболеваний желчевыводящих путей и поджелудочной железы является на сегодняшний день достаточно актуальной проблемой. По данным ЦНИИ гастроэнтерологии [1] расхождение диагнозов при язвенной болезни наблюдается в 22,2 % случаев, то есть у каждого пятого больного. На первом месте среди диагностических ошибок стоит неправильное определение локализации язвы, далее следуют ошибки, связанные с болезнями печени и поджелудочной железы и хроническими заболеваниями желчевыводящих путей.

Принимая во внимание отчетливо выраженный половой диморфизм многих неинфекционных заболеваний органов пищеварения, можно предполагать существование межсистемных гонадо-дигестивных связей при указанной внутренней патологии. Для решения задач диагностики выше перечисленных гастроэнтерологических заболеваний представляется возможным привлечь ряд клинических критериев, фенотипически ассоциированных с показателями эстроген-андрогенового баланса. Уровень и соотношение половых гормонов у мужчин и женщин в значительной степени определяют патогенез многих заболеваний внутренних органов [2, 3, 4].

Цель настоящей работы — оценить вклад дисбаланса половых гормонов в патогенез гастроэнтерологических заболеваний (ГЭЗ) и создать предпосылки к выявлению лиц с повышенным риском развития болезней по результатам тестов критерия относительного риска (КОР).

Пациенты и методики

Нами проведена оценка эстроген-андрогенового баланса у 186 женщин 18–40 лет, страдающих ГЭЗ, с помощью квантификационной

шкалы. В шкале используются 44 клинических признака (степень развития вторичных половых признаков, состояние менструальной и генеративной функций, данные анамнеза и др.). Методика позволяет, помимо констатации нормы, дать качественную оценку таким сдвигам гормонального равновесия как гиперэстрогения, гипоестрогения и гиперандрогения. Гормональный профиль женщин определяется с помощью подсчета суммы баллов, которым оценивается вес того или иного признака [5]. Для верификации клинически установленного дисбаланса половых гормонов у 36 пациенток в плазме крови изучался уровень эстрадиола и тестостерона. В последующем рассчитывалось соотношение эстрадиол/тестостерон.

Из 186 женщин 46 страдали язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), 86 — хроническим холециститом с дискинезией желчевыводящих путей преимущественно по гипотоническому типу, 11 — желчнокаменной болезнью (ЖКБ), 47 человек — хроническим панкреатитом. Контрольную группу составили 36 практически здоровых женщин (18–40 лет), фенотип которых соответствовал полу и возрасту. В последующем осуществлялся расчет КОР по Woolf (1955) для выделенных групп обследованных лиц.

Результаты и их обсуждение

В группе больных язвенной болезнью 52% женщин имели легкую и 41% выраженную степень отклонения эстроген-андрогенового баланса в сторону гиперандрогении. Фенотипическими маркерами дисбаланса были: гирсутизм, вирильное телосложение, усиленно развитая мускулатура, акне, алопеция, пористая жирная кожа лица, себорея, бесплодие, андрогенпродуцирующие опухоли и склерокистоз яичников (по данным анамнеза) и др. У пациенток со значительной девиацией фенотипа заболевание отличалось частыми рецидивами, упорством болевого синдрома и наличием осложнений (пенетрация, перфорация, антральный стеноз).

Фенотип женщин с патологией желчного пузыря и желчевыводящих путей в 40% случаев характеризовался легкой и в 23 % умеренной и выраженной степенью гиперэстрогении, причем наибольшие отклонения фенотипа в сторону избытка эстрогенов выявлены у больных желчнокаменной болезнью. В анамнезе у 8 из них отмечена холецистэктомия. Фенотипическими маркерами эстроген-андрогенового дисбаланса были: женственный вид, средний рост, молочные железы с хорошо развитой железистой тканью, сухие волосы и кожа, синдром предменструального напряжения, обильные менструации, дисфункци-

ональные маточные кровотечения, наличие миомы матки, мастопатия и др.

При панкреатите 23% женщин имели признаки легкой гипоестрогении или гиперандрогении, 21% — легкой гиперэстрогении. Заметной связи фенотипических особенностей с вариантами течения болезни не выявлено.

Гормональные показатели, полученные лабораторным путем, в целом подтверждали фенотипические черты больных, установленные клинически. Так, уровень эстрадиола в плазме крови был наиболее высоким у женщин с холециститом, низким — при ЯБДК; содержание тестостерона найдено нормальным при хроническом холецистите и ЖКБ, но существенно повышенным ($p < 0,05$) у женщин, страдающих ЯБДК. Панкреатит, как правило, не проявлялся сколько-нибудь значимыми сдвигами баланса сексогенов.

Таким образом, основные особенности фенотипа при той или иной нозологической форме совпадали с характером сдвигов в балансе половых стероидов, определяемых лабораторным путем. С учетом степени и характера выявленных изменений эстроген-андрогенового баланса нами высчитаны показатели КОР по Woolf для рассматриваемой патологии. Обнаружено, что пациенток в сравнении с лицами нейтральной группы относительный риск развития ЯБДК наиболее значимо ассоциируется с гиперандрогенией (КОР равен 12), а относительный риск патологии желчного пузыря и желчевыводящих протоков — с гиперэстрогенией (КОР равен 15). Для панкреатита величина КОР была менее двух.

На основании полученных данных можно сделать заключение, что в сложных патогенетических механизмах развития рассматриваемых ГЭЗ существенная роль принадлежит нарушениям метаболизма половых гормонов. Это в свою очередь проявляется сдвигами фенотипа в сторону противоположного пола (гипоестрогения в сочетании с гиперандрогенией) при таком заболевании как ЯБДК, а у пациенток с патологией желчевыводящих путей приводит к гипертрофии признаков, характерных для женского (гиперэстрогения) пола. Здесь следует отметить, что у лиц, страдающих ЯБДК, в 50% случаев отмечена отягощенная наследственность (по данному заболеванию) по отцовской линии, а при хроническом холецистите у 76% больных — отягощенная наследственность по материнской линии. Таким образом, наряду с другими фенотипическими маркерами, имеющими высокую степень ассоциации с заболеванием, в процессе диагностики гастроэнтерологической патологии, в частности ЯБДК и болезней желчевыводящих

путей, в качестве дополнительного диагностического критерия могут быть использованы клинические показатели андроген-эстрогенового баланса.

Результаты исследования указывают на возможность раннего выявления предвестников ГЭЗ у женщин и позволяет с новых позиций подойти к разработке мероприятий по прогнозированию и профилактике данной патологии. Кроме того, они еще раз ставят вопрос о целесообразности применения у таких больных лекарственных препаратов с антиэстрогенными и антиандрогенными свойствами. В настоящее время для лечения ЯБДК используются Н-2-блокатор циметидин, который также применяется для терапии гирсутного синдрома гинекологами-эндокринологами.

Резюме

В качестве дополнительного критерия диагностики при ЯБДК у женщин может быть использован такой признак, как типичное отклонение андроген-эстрогенового баланса в сторону гиперандрогении, а при подозрении на патологию желчевыводящих путей — отклонение в сторону гиперэстрогении. Чем в большей степени выражена девиация феномена, тем тяжелее протекает заболевание. Наличие фенотипических маркеров ЯБДК и хронического холецистита может быть использовано для выявления лиц с повышенным риском заболевания этой патологией. При хроническом панкреатите характерных сдвигов фенотипа в ту или иную сторону не отмечено.

Литература

1. Логинов А.С. Проблемы современной клинической гастроэнтерологии // Тер. арх., 1989. — № 2. — С. 3-7.
2. Мамась Г.П. К вопросу о функциональной активности гонад у больных язвенной болезнью: Автореф. дисс. канд. мед. наук. — Караганда, 1971. — 22 с.
3. Мартынец П.А. Хронический гастрит у женщин с патологическим климаксом // Врач. дело, 1973. — № 7. — С. 67-69.
4. Сметник В.П., Ткаченко Н.М., Глезер Г.А., Москаленко Н.П. Климактерический синдром. — М.: Медицина, 1988. — 288 с.
5. Шардин С.А. Пол, возраст и болезни: Введение в инфлогенитологию. — Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 1994. — 174 с.