

4. Ковалевский Е. И. Офтальмология. – М.: Медицина, 1996. – 497 с.

5. Шилов Ю. И., Гаврилова Т. В., Черешнева М. В., Шилов С. Ю., Усова В. В., Медведева С. Ю., Блинкова Н. Б. Механизмы изменений функций иммунной системы и иммунокорректирующего действия миелоида и полиоксидония при проникающем ранении глаза // Рос. иммунол. журнал. – 2013. – Том 7 (16). № 2–3. – С. 211.

6. Mondal S. K. Mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma in conjunctiva // Indian. j. pathol. microbiol. – 2008. – V. 51. № 3. – P. 407–408.

7. Nichols J. E., Niles G. A., Roberts N. G. Human lymphocytes apoptosis after exposure to influenza A virus // J. virol. – 2001. – V. 75. № 13. – P. 5921–5929.

Поступила 28.05.2014

**И. И. ТАРАНОВ¹, В. А. БОНДАРЕНКО²,
М. В. ТУРБИН², А. А. КОЛЕСНИЧЕНКО¹**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

¹*Кафедра военно-полевой хирургии Ростовского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения России, Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29;*
²*муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница скорой медицинской помощи» г. Ростова-на-Дону, Россия, 344068, г. Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, 88/35; тел. 8 (863) 233-17-34. E-mail: turbin@list.ru*

Проведен анализ хирургического лечения 106 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, возникшими при наличии пилородуоденального стеноза разной степени выраженности. Пациенты разделены на 2 группы: 50 человек составили группу сравнения, получавшую традиционное хирургическое лечение, и 56 человек – группу больных, получавших разработанное хирургическое лечение. Показано, что применение рациональной предоперационной подготовки, избирательной хирургической тактики и послеоперационной терапии с внутрикишечным введением кислородсодержащего раствора улучшают результаты лечения больных.

Ключевые слова: гастродуоденальное язвенное кровотечение, пилородуоденальный стеноз, хирургическое лечение.

I. I. TARANOV¹, V. A. BONDARENKO², M. V. TURBIN², A. A. KOLESNICHENKO¹

SURGICAL ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING IN PATIENTS WITH PYLORODUODENAL STENOSIS

¹*Department of military surgery, Rostov state medical university, Ministry of health of Russia, Russia, 344022, Rostov-on-Don, lane Nakhichevan, 29;*
²*municipal budget health care institution «City emergency hospital» in Rostov-on-Don, Russia, 344068, Rostov-on-Don, Bouncy, 88/35; tel. 8 (863) 233-17-34. E-mail: turbin@list.ru*

Analysis of surgical treatment of 106 patients with ulcerative gastroduodenal hemorrhage arising in the presence of pyloroduodenal stenosis of varying severity. The patients were divided into 2 groups: 50 people, made a comparison group received traditional surgical treatment, and 56 people. A group of patients who received surgical treatment developed. It is shown that the application of a rational preoperative surgical election tactics and postoperative therapy with the introduction of oxygen-containing solution intraenteric improve treatment outcomes.

Key words: gastroduodenal ulcer bleeding, pyloroduodenal stenosis, surgical treatment.

Введение

Несмотря на успехи современной медикаментозной терапии в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки,

количество пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) не уменьшается [4, 11]. Рост числа больных с ЯГДК объясняется особенностями течения язвенной болезни.

Клиническая практика свидетельствует о том, что у больных язвенной болезнью процессы заживления язвы, ее рецидива и обострения многократно сезонно повторяются. Так, в ближайшие 1–5 лет после медикаментозного лечения рецидивы язвенной болезни отмечаются у 90,0% пациентов [1]. Из них у значительного числа возникают такие осложнения язвенной болезни, как пенетрация, кровотечение, пилородуоденальный стеноз (ПДС). В результате последние годы возросло число пациентов с сочетанными осложнениями язвенной болезни [2].

Возникновение ЯГДК при наличии ПДС наблюдается у 4,2–29,6% больных с осложненным течением язвенной болезни [8, 5, 7]. Летальность в послеоперационном периоде среди этих больных колеблется от 3,9% до 57,0% [8]. Это значительно превышает данный показатель при одном из этих осложнений и объясняется высоким риском рецидива кровотечения с последующим неблагоприятным исходом хирургической операции [9]. Все это свидетельствует об актуальности проблемы хирургического лечения ЯГДК у пациентов с ПДС.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов лечения данной категории больных.

Материалы и методы

Проведено лечение 106 больных с ЯГДК, возникшими при наличии ПДС разной степени выраженности. Диагностику язвенного процесса, выраженности кровопотери и ПДС осуществляли комплексно, на основе клинических, эндоскопических, лабораторных, а у отдельных больных и рентгенологических исследований для определения особенностей пассажа бариевой взвеси из желудка. При этом гигантские язвы выявлены в 13 случаях (12,3%), каллезные язвы – у 5 человек (4,7%), две язвы в желудке имели 3 больных (2,8%), две язвы в ампуле двенадцатиперстной кишки – 6 пациентов (5,7%).

Тяжесть ЯГДК определяли в соответствии с классификацией В. К. Гостищева, М. А. Евсеева (2005) [3], выраженность ПДС – по усовершенствованной классификации Ю. М. Панцырева и соавт. (2003) [6].

По особенностям подхода к хирургическому лечению больных разделили на 2 группы. Первую группу составили лица, получавшие традиционное хирургическое лечение (группа сравнения, 50 чел., 47,2%); вторую – пациенты, получавшие разработанное хирургическое лечение (исследуемая группа, 56 человек, 52,8%). В группе больных, получавших традиционное хирургическое лечение, 1-я степень ЯГДК сочеталась с ПДС 1-й степени у 3 человек, со 2-й степенью ПДС – у 8 пациентов, с 3-й степенью ПДС – у 7 больных,

с 4-й степенью ПДС – в 2 наблюдениях. Вторая степень ЯГДК имела место при ПДС 1-й степени в 6 случаях, при ПДС 2-й степени – у 11 человек, при ПДС 3-й степени – в 1 наблюдении, при ПДС 4-й степени – у 4 пациентов. Третья степень ЯГДК развилась у 1 больного с ПДС 1-й степени, у 3 человек – при ПДС 2-й степени, в 3 случаях – при ПДС 3-й степени. ЯГДК 4-й степени отмечено у 1 пациента с ПДС 2-й степени.

В данной группе больных активность ЯГДК, определенная по методу Forrest et al. (1974) [10], была следующей: кровотечение F-IA имел 1 пациент, F-IB – 3 человека, F-IIA – 2 больных, F-IIB – 3 лица, F-IIC – 30 наблюдаемых пациентов. Из-за ПДС 3-й или 4-й степени не удалось пройти эндоскопом и осмотреть язву в 11 случаях, у 6 больных был виден только край язвы. Эндоскопический гемостаз спирт-адреналиновой смесью произведен 18 больным. У 17 пациентов его выполнение не представлялось возможным из-за недоступности язвы. В этих случаях остановку кровотечения из язвы осуществляли медикаментозными средствами. Рецидив кровотечения отмечен у 4 из них и еще у 2 человек после эндоскопического гемостаза. Контрольные эндоскопические исследования желудка и двенадцатиперстной кишки выполняли через 12 и 24 часа после эндоскопического гемостаза.

В группе пациентов, получавших разработанное хирургическое лечение, ЯГДК 1-й степени возникло у 3 больных с ПДС 1-й степени, в 9 наблюдениях – при ПДС 2-й степени, у 9 человек – при ПДС 3-й степени и у 4 пациентов – при ПДС 4-й степени. ЯГДК 2-й степени отмечено в 4 случаях при ПДС 1-й степени, у 8 больных – с ПДС 2-й степени, у 2 пациентов – при ПДС 3-й степени и в 3 наблюдениях – при ПДС 4-й степени. ЯГДК 3-й степени развилось – у 2 человек при ПДС 1-й степени, в 5 случаях – при ПДС 2-й степени, в 6 наблюдениях – при ПДС 3-й степени. ЯГДК 4-й степени сочеталось с ПДС 2-й степени у 2 больных и с ПДС 3-й степени у 1 пациента.

Во время эндоскопического исследования выявлена следующая активность ЯГДК у больных данной группы: F-IA – 2 человека, F-IB – 5 человек, F-IIA – 2 человека, F-IIB – 4 человека, F-IIC – 23 человека. Следует отметить, что в 14 наблюдениях не удалось осмотреть язву при эндоскопическом исследовании из-за выраженного сужения пилородуоденального канала, а у 9 больных был виден только край язвы двенадцатиперстной кишки. Эндоскопический гемостаз выполнен 24 пациентам. Рецидив геморрагии отмечен у 2 больных при недоступности язвы во время эндоскопического исследования.

Кроме эндоскопического гемостаза всем больным назначали традиционную гемостатическую и инфузионно-трансфузионную терапию. Обязательно при сочетании ЯГДК с ПДС 3-й или 4-й

степени больным, получавшим традиционное хирургическое лечение, в желудок проводили назогастральный зонд для удаления геморрагической или застойной жидкости и промываний. В случаях отказа больных от постоянного зонда в желудке осуществляли его промывание 2 раза в сутки путем проведения зонда в желудок на время выполнения данной процедуры. У 6 больных, получавших традиционное хирургическое лечение, с ПДС 4-й степени, сочетающимся с ЯГДК 1–2-й степени, для предоперационной подготовки осуществляли наложение энтеростомы по Эйзельсбергу-Витцелю с проведением интракишечно зонда. Питание через интракишечный зонд проводили натуральными продуктами: мясным бульоном с протертым мясом, кисломолочными продуктами, отварами сухофруктов, солевыми растворами.

Удостоверившись в надежности гемостаза в язве, пациентам назначали антихеликобактерную терапию. При этом больным с ПДС 4-й степени ее проводили в послеоперационном периоде, когда пациенты могли принимать перорально пищу и лекарственные средства. Кроме того, к этому времени получали бактериологическое подтверждение наличия *Helicobacter pylori* на слизистой оболочке желудка.

Лечение больных, получавших разработанное лечение, отличалось тем, что во время эндоскопического исследования осуществляли гемостаз аргоноплазменной коагуляцией. Он выполнен 19 пациентам, в 5 случаях применен комбинированный эндоскопический гемостаз (аргоноплазменная коагуляция и инъекции спирт-адреналиновой смеси).

Также для целей снижения уровня провоспалительных и противовоспалительных цитокинов у этих больных к началу операции, с 3-го дня предоперационного периода, на фоне антихеликобактерной терапии назначали внутримышечные инъекции препарата лейкинферона по 2,0 мл. Данный препарат вводили ежедневно внутримышечно в течение 5 суток. После этого антихеликобактерную терапию прекращали, а препарат лейкинферон вводили еще 2 раза в той же дозе через день (патент РФ № 2448728).

Кроме того, в период предоперационной подготовки для питания больных и наружной декомпрессии желудка при наличии ПДС 3-й или 4-й степени в верхний отдел пищеварительного тракта устанавливали двухканальный питательно-декомпрессионный зонд. Во время эндоскопического исследования дистальную часть канала для декомпрессии располагали в просвете желудка, а дистальную часть канала для питания с помощью биопсийных щипцов проводили через зону стеноза в двенадцатиперстную кишку. После установки зонда больным разрешали прием жидкости через рот по 50–60 мл. При этом жидкость

смачивала ротовую полость, глотку, пищевод и, попав в желудок, вытекала наружу по каналу для декомпрессии в емкость. Кроме промываний желудка такой прием жидкости через рот вызывал условно-рефлекторный акт пищеварения по типу «мнимого питания». Поэтому перед зондовым питанием больным давали принять внутрь 50–60 мл жидкости, например, мясного бульона или отвара сухофруктов. После этого начинали вводить питательную смесь через зонд в двенадцатиперстную кишку по каналу для питания. В день госпитализации больных с ПДС 3-й или 4-й степени через питательный канал зонда вводили только солевые растворы: физиологический раствор поваренной соли, раствор Рингера, раствор калия хлорида, глюкозо-электролитные смеси с концентрацией глюкозы 5,0%. Общее количество вводимой в этот день жидкости через канал для питания составлял 1,8–2,0 л. Со вторых суток через канал для питания вводили питательные смеси из натуральных продуктов: мясной бульон с молотым мясом, простоквашу, отвар сухофруктов, протертые сваренные куриные яйца, манную кашу, разбавленные фруктовые соки. Это давало возможность вместе с внутривенными инфузиями вводить до 3,0–3,5 л жидкости и около 2000–2200 ккал энергетического материала.

Канал для декомпрессии желудка служил также контролем рецидива кровотечения.

Во время выполнения операции резекции желудка такой же зонд проводили в культю желудка и начальный отдел тощей кишки. В день операции, после того как пациент полностью проснулся от наркоза и начинал ориентироваться в пространстве, ему назначали питье жидкости через рот по 50–60 мл на прием. Выпитая жидкость утоляла жажду больного и спустя 2–4 минуты начинала вытекать наружу по каналу для декомпрессии, промывая тем самым культю желудка. Питье жидкости через рот также применяли для условно-рефлекторной активации пищеварения накануне введения питательной смеси в тощую кишку через зонд по каналу для питания. При послеоперационном лечении больных, учитывая наличие у них постгеморрагической анемии, в первые 3 дня после операции для энтерального зондового питания использовали кислородсодержащий раствор Рингера, приготовленный по рецепту кафедры военно-полевой хирургии ГБОУ ВПО «РостГМУ» (патент РФ № 2160544). В день операции вводили 1,0–1,2 л такого раствора со скоростью введения 20 капель в 1 минуту, на 2–3-и сутки – по 1,6–1,8 л со скоростью 30–40 капель в 1 минуту.

В обеих группах больных с учетом сочетания ЯГДК с ПДС при выборе хирургической тактики исходили из состояния гемостаза в язве, угрозы рецидива геморрагии, выраженности кровопотери

и ПДС, а также метаболических нарушений в организме больных. Экстренные операции выполняли пациентам с продолжающимся язвенным кровотечением и лицам с рецидивом геморрагии. Срочные хирургические вмешательства производили при наличии явной угрозы рецидива кровотечения в ближайшее время. Остальных больных в зависимости от выраженности ЯГДК и ПДС подвергали плановым операциям или проводили консервативное лечение.

В результате больным, получавшим традиционное лечение, экстренные операции выполнены в 10 наблюдениях (20,0%), срочные –

8 пациентам (16,0%), плановые – в 29 случаях (58,0%). Консервативное лечение после эндоскопического гемостаза проведено в 3 случаях (2,8%). Следует отметить, что плановые хирургические операции были произведены лицам с сочетанием ЯГДК с ПДС 3-й или 4-й степени. Эти пациенты имели выраженные метаболические нарушения, но компенсированную кровопотерю. Всем им проведена предоперационная подготовка в течение 12–16 дней. Виды и объемы хирургических операций у пациентов, получавших традиционное хирургическое лечение, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Виды и объемы хирургических вмешательств при традиционном хирургическом лечении больных

| Виды и объемы операций | Локализация язв | Экстренные операции | Срочные операции | Плановые операции | Всего |
|---|-----------------|---------------------|------------------|-------------------|------------|
| Резекция 2/3 желудка по Б II в модиф. Г-Ф | Желудок | - | 1 | 7 | 8 |
| | Желудок +ДПК | - | 1 | 1 | 2 |
| | ДПК | 3 | 1 | 19 | 23 |
| Резекция 2/3 желудка по Б II с анастомозом Ру | ДПК | 2 | – | 2 | 4 |
| Прошивание язвы + гастроэнтероан. | ДПК | 2 | – | – | 2 |
| Прошивание язвы+ ПЛП по Финнею | ДПК | 1 | 2 | – | 3 |
| Прошивание язвы+ ПЛП по Джадду | ДПК | 2 | 3 | – | 5 |
| Итого: абс. % | | 10 20,0 | 8 16,0 | 29 58,0 | 47 94,0 |

Примечание: Б II – Бильрот II, Г-Ф – Гофмейстер-Финстерер, ДПК – двенадцатиперстная кишка, ПЛП – пилоропластика.

Таблица 2

Виды и объемы хирургических вмешательств при разработанном хирургическом лечении больных

| Виды и объемы операций | Локализация язв | Экстренные операции | Срочные операции | Плановые операции | Всего |
|---|-----------------|---------------------|------------------|-------------------|------------|
| Резекция 2/3 желудка по Б II в модиф. Г-Ф | Желудок | 3 | 2 | 2 | 7 |
| | Желудок+ДПК | - | 1 | 2 | 3 |
| | ДПК | 6 | 8 | 11 | 25 |
| Резекция 2/3 желудка по Б II с анастомозом Ру | ДПК | 1 | - | - | 1 |
| Резекция 2/3 желудка по Б I в модиф. С. Юдина | Желудок | 2 | 4 | 3 | 9 |
| Итого: абс. % | | 12 21,4 | 15 26,8 | 18 32,2 | 45 80,4 |

Примечание: Б I – Бильрот I; Б II – Бильрот II; Г-Ф – Гофмейстер-Финстерер; ДПК – двенадцатиперстная кишка.

У больных, получавших разработанное хирургическое лечение, при выработке хирургической тактики кроме изложенных выше положений учитывали такие особенности кровоточивших язв, как размеры, наличие каллезных краев, а также множественную локализацию язв. Эти особенности имели значение для рецидива кровотечения. Кроме того, старались выполнять радикальные хирургические вмешательства.

Исходя из этих положений хирургической тактики, в данной группе больных по экстренным показаниям оперировано 12 пациентов (21,4%), по срочным показаниям – 15 человек (26,8%). Плановые хирургические вмешательства произведены 18 больным (32,2%). У лиц с устойчивым гемостазом в язве при наличии ПДС 1-й или 2-й степени ограничили проведение традиционной противоязвенной терапии медикаментозными средствами (11 чел., 19,6%). Виды и объемы хирургических вмешательств у пациентов, получавших разработанное хирургическое лечение, изложены в таблице 2.

Результаты и обсуждение

Сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных обеих групп представлен в таблице 3.

Из представленных в таблице 3 сведений видно, что при разработанном хирургическом лечении больных результаты оказались лучше, чем при традиционном. Такие клинически значимые показатели, как число рецидивов язвенного кровотечения в предоперационном периоде (12,0%) и послеоперационном периоде (8,0%), частота послеоперационных осложнений (36,0%) и послеоперационная летальность (10,0%), при

традиционном хирургическом лечении больных были выше, чем при разработанном (3,6%, 0%, 19,6%, 3,6% соответственно). Следует отметить, что послеоперационная летальность в группе пациентов, получавших традиционное хирургическое лечение, пришлась в основном на больных с рецидивирующими кровотечениями после операции прошивания кровоточащей язвы (4 чел.; 8,0%).

Есть основания полагать, что эффективность разработанного хирургического лечения больных обусловлена в первую очередь более адекватной предоперационной подготовкой, которая кроме остановки язвенного кровотечения аргоноплазменной коагуляцией, снижения уровня провоспалительных и противовоспалительных цитокинов под влиянием препарата лейкинферона была направлена на более значимую компенсацию метаболических нарушений у пациентов с сочетанием ЯГДК с ПДС 3-й или 4-й степени. В тактическом отношении именно у этих больных старались выполнять плановые хирургические вмешательства при постоянной готовности к проведению экстренных операций на случай рецидива геморрагии из язв. Это позволяло выполнять радикальные хирургические вмешательства и исключить малоэффективные в отношении гемостаза операции по прошиванию кровоточащих язв. У больных с сочетанием ЯГДК с ПДС 1-й или 2-й степени расширены показания к срочным операциям для предупреждения рецидива геморрагии из гигантских или каллезных язв и множественной локализации язв. В послеоперационном периоде применение на фоне постгеморрагической анемии энтерального зондового питания кислородсодержащей

Таблица 3

Сравнительный анализ клинической эффективности применяемых методов хирургического лечения

| № | Сравниваемые показатели | Группы больных | |
|---|---|----------------------|-----------------------|
| | | Традиционное лечение | Разработанное лечение |
| 1 | Рецидив кровотечения в предоперационном периоде | 12,0% | 3,6% |
| 2 | Рецидив кровотечения в послеоперационном периоде | 8,0% | 0 |
| 3 | Число больных, получивших консервативное лечение после эндоскопического гемостаза | 6,0% | 19,6% |
| 4 | Появление перистальтики кишечника по данным аускультации | 2,87±0,23 дня | 1,42±0,59 дня |
| 5 | Частота послеоперационных осложнений | 36,0% | 19,6% |
| 6 | Послеоперационная летальность | 10,0% | 3,6% |
| 7 | Длительность стационарного лечения (койко-дни) | 26,54±1,58 | 22,94±1,41 |
| 8 | Снижение массы тела больных к окончанию стационарного лечения | 3,79±0,61 кг | 3,22±0,87 кг |

питательной смесью с условно-рефлекторной активацией кишечника способствовало более раннему восстановлению перистальтики кишечника. Все это в комплексе позволяло предупреждать развитие ряда послеоперационных осложнений и улучшить непосредственные результаты лечения пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афендулов С. А., Журавлев Г. Ю. Тактика ведения больных с состоявшимся кровотечением из пилородуоденальных язв // В сб.: XI съезд хирургов Российской Федерации. – Волгоград: изд-во ВолгМУ, 2011. – С. 646–647.
2. Бабкин О. В., Мовчан В. А., Бабкин Д. О. Выбор метода операции в лечении желудочно-кишечных кровотечений // В сб.: XI съезд хирургов Российской Федерации. – Волгоград: изд-во ВолгМУ, 2011. – С. 647–648.
3. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике. – М.: Анта-Эко, 2005. – 362 с.
4. Гостищев В. К., Евсеев М. А., Ивахов Г. Б. Острые гастродуоденальные кровотечения: концепция хирургической тактики // В сб.: XI съезд хирургов Российской Федерации. – Волгоград: изд-во ВолгМУ, 2011. – С. 659–660.
5. Гришаева А. С., Полежаев А. А., Макаров В. И. и др. Хирургическое лечение сочетанных осложнений язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // В сб.: XI съезд хирургов

Российской Федерации. – Волгоград: изд-во ВолгМУ, 2011. – С. 660–661.

6. Панцырев Ю. М., Чернякевич С. А., Михалев А. И. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза // Хирургия. – 2003. – № 2. – С. 18–21.

7. Пажитнов С. М., Есютин И. Н. Хирургическая тактика при одновременном сочетании язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки и кровотечения // В сб.: Пироговская хирургическая неделя. – СПб: изд-во Санкт-Петербургского ун-та, 2010. – С. 193.

8. Черепанин А. И., Ничипоренко Е. И., Несаенко А. М. и др. Стенозирующие кровоточащие язвы // Хирургия. – 2008. – № 6. – С. 31–33.

9. Черепанин А. И., Антонов О. Н., Рыбельченко А. В., Шеров П. Р. Лечение пациентов с язвенным кровотечением на фоне пилородуоденального стеноза // В сб.: Матер. III съезда хирургов Юга России. – Астрахань, 2013. – С. 97–98.

10. Forrest J. A. N. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J. A. N. Forrest, N. D. L. Finlayson, D. J. L. Shearman // Lancet. – 1974. – V. 7. – P. 395–397.

11. Zhantalinova N. A. The frequency of hemorrhage in patients with large and giant gastric and duodenal ulcers / N. A. Zhantalinova, S. A. Rakhov, S. M. Abuov et al. // Abstract of XII International Euroasian congress of surgery and gastroenterology. – Baku, 2011. – P. 94–95.

Поступила 22.04.2014

**Л. А. ХАИШЕВА, С. В. ШЛЫК, И. А. ГАРИНА,
И. В. РАЗУМОВСКИЙ, З. М. ДЕВРИЖБЕКОВА, П. А. БЕКЕТОВ**

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ

*Кафедра внутренних болезней № 4 факультета повышения квалификации
государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования
«Ростовский государственный медицинский университет»,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29;
тел. +79094060055. E-mail: lakhaisheva@mail.ru*

Проводилось изучение системы микроциркуляторного русла (МЦР) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сравнении с относительно здоровыми добровольцами и у пациентов, имеющих заболевания почек разной степени тяжести, путем определения показателей капиллярного кровотока с помощью ультразвуковой доплерографии. Обследовано 326 человек, из них 34 относительно здоровых добровольца, 144 пациента с АГ, 148 пациентов с АГ и сопутствующей патологией почек.

Выявлено, что относительно здоровые добровольцы имеют нормальную реакцию МЦР в ответ на пробы с внешним воздействием (холодовая и проба с реактивной гиперемией), а у пациентов с АГ данная реакция нарушена и проявляется в виде медленного и неадекватного ответа МЦР на раздражители. При сравнении показателей МЦР у лиц со сниженной и нормальной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) получено, что снижение СКФ сопровождается ухудшением показателей МЦР как в покое, так и при проведении функциональных проб, что может использоваться как доклинический маркер поражения почек при АГ наряду с расчетной оценкой СКФ.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, микроциркуляция, патология почек, скорость клубочковой фильтрации.