МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ТЕРРИТОРИИ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

© *Якимович Светлана Евгеньевна, Соцкая Яна Анатольевна*

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки. 91045, г. Луганск, кв. 50-летия Обороны Луганска, д. 1г

E-mail: ykimovich770@gmail.com

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит; микроциркуляторное русло; микрогемодинамика; некалькулезный холецистит.

ВВЕДЕНИЕ

Вирус гепатита В (HBV), вызывающий хроническоий вирусный гепатит В (ХВГВ), остается одной из весомых причин развития хронических заболеваний печени. Приблизительно 686 тысяч человек умирают ежегодно от инфекции гепатита В, в том числе из-за цирроза и рак печени. Высокая распространенность вирусного гепатита В (ВГВ) на территории Донбасса, в частности, обусловлена еще малым охватом населения нашего региона вакцинацией против HBV (на данный момент мы имеем прослойку населения, рожденных до внедрения вакцины против HBV-инфекции). Кроме того, огромную проблему для практического здравоохранения составляет и то, что подавляющее большинство людей не имеют доступа к необходимому для спасения жизни тестированию HBV-инфекции и еще меньшая доля людей получает лечение. На современном этапе ведущей патологией, сочетающейся с хронической патологией печени, является хронический некалькулезный холецистит (ХНХ). Согласно нашим данным наблюдения за последние 5–7 лет в нашем регионе количество больных, имеющих ХНХ, существенно увеличилось и сохраняется тенденция к дальнейшему прогрессированию данной патологии желчевыводящих путей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить состояние показателей микроциркуляторного русла у больных хроническим ВГВ на фоне хронического некалькулезного холецистита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для реализации указанной цели исследования под нашим наблюдением находилось 34 больных ХВГВ на фоне ХНХ, возрастом от 29 до 49 лет, получавшие стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении Луганской городской многопрофильной больницы № 4. Больные обеих групп получали стандартное лечение в гастроэнтерологическом отделении, включающее этиотропную терапию, дезинтоксикацию, антиоксиданты, энтеросорбенты, гепатопротекторы, при необходимости спазмолитики. При проведении исследования в качестве основного метода изучения состояния микрогемодинамики у обследованных больных проводили биомикроскопию бульбарной конъюнктивы (ББК) обоих глаз при помощи фотощелевой лампы ЩЛ-2М. В ряде случаев дополнительно также использовали метод морфометрии капилляров ногтевого ложа с использованием капилляроскопа М-60 А. При этом анализировали калибр и ход микрососудов, наличие аневризм и сосудистых клубочков, артериоло-венулярный коэффициент (АВК), функционирование артериоло-венулярных анастамозов (АВА), число действующих капилляров, скорость и характер кровотока в микроциркуляторном русле (МЦР), состояние внесосудистых (параваскулярных, в т. ч. паракапиллярных) зон.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализируя полученные данные, нами установлены существенные нарушения со стороны МЦР, степень выраженности и длительность сохранения которых зависели от общей длительности сочетанного заболевания и частоты обострений в течение года. Эти нарушения преимущественно выражались в виде извитости и неравномерности калибра венул и капилляров, уменьшения числа функциони-

рующих капилляров с образованием аваскулярных зон, появления в ряде случаев сетчатой структуры сосудов, что является признаком функционирующих АВА, уменьшения АВК до 1:4–1:5; замедления, а в ряде случаев даже обратного кровотока. Кроме того, появления сладж-синдрома I–II степени в венулах и капиллярах в виде гранулярно-зернистого кровотока; наличия периваскулярного отека. При проведении ББК в динамике установлено, что после завершения основного курса лечения у больных ХВГВ на фоне ХНХ, наблюдается тенденция к нормализации показателей МЦР, в том числе снижение АВК. Исчезновение большинства аваскулярных зон и сетчатой структуры сосудов, ускорение кровотока и исчезновение стаза крови. А также отмечена ликвидация сладж-синдрома в артериолах и капиллярах и снижение выраженности периваскулярного отека.

ВЫВОДЫ

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что при проведении лечения общепринятыми методами отмечается некоторая положительная динамика показателей МЦР у обследованных нами больных, но полной нормализации изученных показателей микрогемодинамики не происходит. Перспективой дальнейших исследований считаем поиск методов медикаментозной коррекции изученных нарушений микрогемодинамики при данной коморбидной патологии.