

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ТЕРМИНАЛЬНОГО КРОВОТОКА В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЭРОЗИЯМИ И ЯЗВАМИ

Н. И. Быкова, В. А. Осадчий

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Цель исследования: выяснить состояние микроциркуляции в слизистой оболочке (СО) гастродуоденальной зоны у больных нестабильной стенокардией (НС) с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки (ДК).

Материалы и методы: обследовано 35 больных НС с гастродуоденальными эрозиями и язвами, которые выявлялись по результатам общеклинического и эндоскопического исследования. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) выполнялась по стабилизации состояния пациентов. Критерии стабилизации: нормализация гемодинамических показателей, отсутствие приступов стенокардии в течение 5–7 суток и ишемических изменений электрокардиограммы по данным суточного мониторинга за 2–3 дня до эндоскопии. За 10–15 минут до начала исследования у больных регистрировалась электрокардиограмма и назначался антиангинальный препарат в форме аэрозоля с учетом его эффективности в процессе предшествующего лечения. При выполнении премедикации исключалось применение холинолитиков, вызывающих тахикардию и обладающих аритмогенным действием. Осложнений ЭГДС у обследованных больных не наблюдалось. Состояние терминального кровотока в СО желудка и ДК оценивалось по результатам микроскопии гистологических препаратов ее биоптатов, окрашенных гематоксилин-эозином.

Результаты: у всех пациентов с острыми эрозиями и рецидивом язвенной болезни и у 66,6 % больных с острыми язвами имелись очаговые тромбогеморрагические расстройства. Они проявлялись умеренным или выраженным расширением капилляров и венул, аневризматическими выпячиваниями и некоторым утолщением их стенок, за счет фибриноидного и мукоидного набухания. Эти микрососуды были полнокровными с множеством крупных эритроцитарных агрегатов и пристеночных микротромбов. В периваскулярных тканях отмечался умеренный или выраженный отек, множество кровоизлияний по типу диссеминации эритроцитов или

микрогематом, располагавшихся на уровне дна желез или в толще эпителиального пласта. У 16,7 % больных НС с острыми язвами выявлялся тромбоишемический вариант очаговых нарушений микроциркуляции. Его ведущим признаком являлось нарушение проходимости приносящих артериол, обусловленное микротромбозом, а в дальнейшем - продуктивным эндартериитом, что приводило к запустеванию большей части капилляров и венул. В стенке венул развивался нерезко выраженный эндофлебит. По их периферии отмечался небольшой отек, диапедезные кровоизлияния и фиброзные изменения собственной пластинки СО. В оставшихся 16,7 % случаев определялся смешанный вариант расстройств конечного кровотока, сочетавший в себе особенности тромбгеморрагического и тромбоишемического типа.

Выводы: гастродуоденальные эрозии и язвы у больных НС формируются на фоне выраженных нарушений микроциркуляции в СО желудка и ДК, что необходимо учитывать при планировании лечебных мероприятий у таких пациентов.