

ОРИГІНАЛЬНІ СТАТТІ

УДК 616.342-002.44+616.12-008.331.1]-008
 © Білокобильська Д.В., 2009

ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ГЕМОСТАЗУ ТА ЇХ ДИНАМІКА В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У СПОЛУЧЕННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Білокобильська Д.В.

Луганський державний медичний університет

Білокобильська Д.В. Деякі показники гемостазу та їх динаміка в процесі лікування у хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки у сполученні з гіпертонічною хворобою // Український морфологічний альманах. – 2009. – Том 7, №4. – С. 3-4.

За результатами роботи наведені деякі показники судинно-тромбоцитарного гемостазу у хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки у сполученні з гіпертонічною хворобою; з'ясовані відмінності у показниках (фактор Віллебранда) порівняно з хворими на пептичну виразку дванадцятипалої кишки до і після стандартного лікування.

Ключові слова: пептична виразка, дванадцятипала кишка, гіпертонічна хвороба, первинний гемостаз.

Белокобыльская Д.В. Некоторые показатели гемостаза и их динамика в процессе лечения у больных пептической язвой двенадцатиперстной кишки в сочетании с гипертонической болезнью // Украинский морфологический альманах. – 2009. – Том 7, №4. – С. 3-4.

По результатам работы представлены некоторые показатели сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у больных пептической язвой двенадцатиперстной кишки в сочетании с гипертонической болезнью; выяснены различия в показателях (фактор Виллебранда) в сравнении с больными пептической язвой двенадцатиперстной кишки до и после стандартного лечения.

Ключевые слова: пептическая язва, двенадцатиперстная кишка, гипертоническая болезнь, первичный гемостаз.

Belokobylskaya D.V. Several data of haemostasis and theirs dynamic in patient with duodenal peptic ulcer and hypertonic disease in process of the treatment // Український морфологічний альманах. – 2009. – Том 7, №4. – С. 3-4.

Several data vessel-platelets haemostasis in patient with duodenal peptic ulcer and hypertonic disease are presented; different in data (Villebrand factor) comparison in duodenal peptic ulcer before and after treatment are demonstrated.

Key words: peptic ulcer, duodenum, hypertonic disease, primery haemostasis.

Вступ. Пептична виразка (ПВ) залишається важливою медичною і соціальною проблемою внаслідок значної поширеності, часто - важкого й ускладненого перебігу, що призводить, в тому числі, до втрати працездатності - від тимчасової і часткової до повної і постійної. Зазначимо, що поширеність виразкової хвороби серед дорослого населення в цивілізованих країнах сягає 6,0-10,0% [2], проте останнім часом відбувається ріст захворюваності, в тому числі і на Україні, що пов'язують із впливом психоемоційних, інших стресових факторів, несприятливої екологічної ситуації, тощо [2]. Вважають, що серед етіологічних чинників розвитку ПВ важливими є інфікування гастроуденальної системи *Helicobacter pylori* [7], важка фізична робота, контакт із ксенобіотиками [1], вплив радіації, стрес, генетична схильність, стать, вік, імунні, метаболічні і мікроциркуляторні порушення, зниження резистентності гастроуденальної системи та інше. Незважаючи на те, що значна кількість робіт присвячена вивченню етіологічних факторів та патогенезу виразкової хвороби, в лікарську практику впроваджені сучасні методи діагностики, визначені схеми лікування даної патології, все ж і дотепер залишаються не визначеними певні питання розвитку захворювання. У зв'язку із цим доволі інтересними є дані експериментальних досліджень, які підкреслюють про можливість формування виразкового дефекту з порушень у ланці мікроциркуляторного русла із

подальшим зниженням ефективності захисних факторів, гіпоксії слизуватої оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки [3, 5, 8, 9, 10]. Не виключено, що саме це може відігравати певну роль як на розвиток, так і на перебіг ПВ у хворих із таким супутнім захворюванням, як гіпертонічна хвороба (ГХ), для якої є притаманним порушення судинного гомеостазу.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота виконувалась відповідно до основного плану НДР Луганського державного медичного університету і є фрагментом теми «Клініко-патогенетичні особливості перебігу захворювань внутрішніх органів з наявністю синдрому взаємного обтяження, шляхи оптимізації лікування та профілактики» (№ держреєстрації 0104U004327).

Метою нашого дослідження стало вивчення деяких показників первинного гемостазу у хворих на ПВ дванадцятипалої кишки (ДПК) у сполученні із ГХ.

Матеріали і методи дослідження. Для дослідження були вибрані 67 хворих на ПВ ДПК (діагноз верифіковано) у віці від 38 до 55 років, з яких 35 осіб (50,8%) мали контрольовану ГХ другої стадії; групи були повністю репрезентативні за віковими та статевими показниками. Лікування хворих було комплексним і включало "базисну" терапію у відповідності з рекомендаціями II Маастрихтського консенсусу по лікуванню захворю-

вань, асоційованих з *Helicobacter pylori*. Поряд із загальноклінічними, використовувалися спеціальні методи дослідження, до числа яких відносилось дослідження первинного гемостазу, а саме визначення активності фактора Віллебранда за ристоміцин-індукованого агрегацією тромбоцитів [4, 6], модифікованим методом Д'юка [4] виявляли тривалість кровотечі із поверхневих мікросудин мочки вуха після порушення їх цілісності, показник резистентності капілярів визначали за допомогою манжеткової проби Румпеля-Лесде-Кончаловського [4].

Отримані результати та їх обговорення. Результатами проведеного дослідження з'ясовано, що, хоча в обох групах деякі з аналізованих показників і знаходились на верхній межі референтної норми, а такі показники, як тривалість кровотечі та кількість тромбоцитів взагалі знаходились в межах фізіологічних значень і проміж собою вірогідно не розрізнялись, все ж таки були знайдені певні особливості й відмінності. Так, показник резистентності капілярів (у пробі Кончаловського-Румпеля-Лесде) у хворих на ПВ знаходився під верхньою межею фізіологічних значень ($8,63 \pm 2,15$). На відміну, у хворих на ПВ у сполученні із ГХ в ряді випадків цей показник суттєво перевищував допустимі значення порівняно із хворими на пептичну виразку дванадцятипалої кишки, за рахунок чого чітко простежувалася тенденція до його підвищення ($10,20 \pm 2,60$). Окрім того, на відміну від хворих на ПВ ДПК, за наявності коморбідної патології відбувалось суттєве підвищення значення фактора Віллебранда ($192,74 \pm 14,89\%$ порівняно із $146,5 \pm 21,2\%$), тобто більше, ніж у 1,5 рази.

Доволі цікавими були дані, отримані після проведеного лікування. На ті майже непомітних змін таких показників, як резистентність капілярів (з $8,63 \pm 2,15$ до $8,15 \pm 2,23$ у хворих на ПВ ДПК та з $10,20 \pm 2,60$ до $10,02 \pm 2,44$ у хворих з коморбідною патологією), тривалість кровотечі (з $1,97 \pm 0,33$ хв до $2,04 \pm 0,32$ хв у хворих на ПВ ДПК та з $1,82 \pm 2,42$ хв до $1,81 \pm 0,41$ хв у хворих з коморбідною патологією), вміст тромбоцитів периферичної крові (з $228,4 \pm 13,2$ до $224,6 \pm 8,4$ на $10^9/\text{л}$ у хворих на ПВ ДПК та з $226,5 \pm 33,7$ до $227,9 \pm 31,2$ на $10^9/\text{л}$ у хворих на ПВ ДПК у сполученні з ГХ), за відсутності вірогідних розбіжностей в них у досліджених хворих, відбувались суттєві зміни з боку показника ристоміцин-індукованої агрегації тромбоцитів. Так, у хворих на ПВ ДПК після проведеного лікування спостерігалась динаміка його зниження з $146,5 \pm 21,2\%$ до $101,3 \pm 20,1\%$, тобто майже у півтори рази. На відміну від них, у групі хворих з коморбідною патологією, тобто у хворих на ПВ ДПК у сполученні з ГХ, зміни були значно меншими – тільки в 1,16 рази і значення цього показника після лікування не набувало фізіологічних значень і дорівнювало $166,0 \pm 16,6\%$, що перевищувало аналогічний показник у хворих на ПВ ДПК більш, ніж у 1,5 рази. Таким чином, проведене дослідження дозволяє зробити наступні висновки.

Висновки:

1. У хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки, що сполучається з гіпертонічною хворобою, відбуваються зміни в показни-

ках судинно-тромбоцитарного гемостазу, наявність котрих відповідає таким за умов необтяженого перебігу виразкової хвороби, але значення тканинної (фактор Віллебранда) складової є вірогідно підвищеною.

2. Використання традиційної терапії для лікування хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки у сполученні з гіпертонічною хворобою не призводить до повної редукції виявлених порушень в показниках тканинної складової судинно-тромбоцитарного гемостазу, про що свідчать суттєві зміни показника ристоміцин-індукованої агрегації тромбоцитів.

Перспективи подальших досліджень. З урахуванням отриманих даних передбачається дослідження стану мікроциркуляторного русла, пошук шляхів корекції виявлених порушень та розробка конкретних лікувальних заходів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бурмак Ю.Г. Механизмы развития заболеваний внутренних органов у рабочих коксохимического производства и возможные пути их профилактики. / Ю.Г.Бурмак. Автореферат дис. ...докт.мед.наук // С-Пб, 1996. – 33 с.
2. Гельфанд Б.Р. Профилактика стресс-поврежденный верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях. / Б.Р.Гельфанд, А.Н. Мартынов, В.А.Гурьянов, Е.А.Оганесян, А.С.Базаров, А.Ю.Черниченко // Методические рекомендации. – Москва. – 2004. – 18 с.
3. Ихненко Р.И. Нарушения микроциркуляции у больных язвенной болезнью. /Р.И.Ихненко, Р.Н. Скачкова //Врачебное дело. – 1987. - №1 – С.4-6.
4. Козлов А.А. Пособие для врачей-лаборантов по методам исследования плазменного гемостаза (методы исследования) /А.А. Козлов – М., 2006. – С.13-24.
5. Левитан Б.Н. Синдром внутрисосудистого свертывания при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. /Б.Н.Левитан, А.А.Панов, Ю.Ф. Чичков //Советская медицина. – 1988. - №7 – С.6-9.
6. Лутай М.И. Взаимосвязь фактора Виллебранда с сосудодвигательной функцией эндотелия у больных с разной степенью выраженности атеросклероза венечных артерий. /М.И.Лутай, И.П.Голыкова, С.И.Деяк, В.А.Слободский, Е.А.Немчина// – http://rgl.net.ua/cardio_i/2003/6/lutay.htm.
7. Передерий В.Г. Язвенная болезнь или пептическая язва? Современные представления о причинах возникновения, новых подходах в лечении и возможностях вылечивания язвенной болезни. / Передерий В.Г., Ткач С.М.// – Киев, 1997. – 158 с.
8. Успенский В.М. Особенности артериальной и венозной гемодинамики при язвенной болезни и хроническом гастродуодените. / В.М.Успенский, И.В. Годунов, М.И.Бойко //Клиническая медицина. – 1990. – Т.68, №3. – С.101-104.
9. Ястржемская М. Два лица фактора фон Виллебранда: роль в гемостазе и тромбозе. /М. Ястржемская //Лабораторная диагностика. - 2002. - №2. – С.10-14.
10. Bowie E.J.W. The role of von Willebrand factor in thrombosis. /E.J.W.Bowie. In: Thrombosis and its management. Ed. Poller L., Thomson J.M. //Churchill Livingstone, Edinburgh. – 1993. – P.134-140.

Надійшла 27.09.2009 р.

Рецензент: проф. А.А.Савенко