

хирургов, выполняющих данное оперативное вмешательство [4]. В клиниках, где проводится 10 и более ПДР в год, уровень смертности составлял менее пяти процентов. В больницах, которые выполняют менее 10 операций в год, отмечается гораздо более высокий уровень осложнений, показатель смертности достигает 15–20 % [5].

Выводы

1. ПДР должна проводиться в специализированных учреждениях, где возможны ранняя диагностика и четкая идентификация характера поражений билиопанкреатодуоденальной зоны.

2. Спорадическое, единичное выполнение ПДР, даже в крупной клинике, но без должного опыта, как правило, не приводит к ожидаемым результатам. При этом наличие врачебного персонала соответствующей квалификации является определяющим моментом.

3. Качественная предоперационная подготовка и опережающая интенсивная терапия во время операции и в раннем послеоперационном периоде позволяет облегчить страдания пациентов, улучшить исход операции.

4. На наш взгляд, данную операцию следует отнести к разряду экстраординарных вмешательств, требующих особого отношения. Можно ли считать данную операцию паллиативным видом помощи? По нашему мнению этот вопрос является дискуссионным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хирургическая тактика при онкологических заболеваниях органов панкреатобилиарной зоны, осложненных механической желтухой / И. В. Ярема [и др.] // Вестн. хирургии. — 2003. — № 3. — С. 27–30.
2. *Мирошников, Б. И.* Опыт 110 панкреатодуоденальных резекций / Б. И. Мирошников, М. М. Лабазанов, А. К. Макаревич // Вестн. хирургии. — 1997. — № 6. — С. 53–57.
3. *Ганцев, Ш. Х.* Онкология: учебник / Ш. Х. Ганцев. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — 516 с.
4. Электронный ресурс. — Режим доступа: <http://msassuta.com/otdeleniya/onkologiyarakpodzheludochnoyzelezy/operaciya-uippla.html>.
5. *Asbun, H. J.* Laparoscopic vs open pancreaticoduodenectomy: overall outcomes and severity of complications using the Accordion Severity Grading System / H. J. Asbun, J. A. Stauffer // J. Am. Coll. Surg. — 2012. — Vol. 215. — P. 810.

УДК 612.12.-008.46:616.36

ВЗАИМОСВЯЗЬ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Медведев М. А., Губко А. Ю.

Научный руководитель: ассистент А. М. Цыбульский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время растет распространенность и количество пациентов с хронической патологией сердечно-сосудистой системы. Кардиоренальный синдром (КРС) – это патологические взаимообусловленные состояния с вовлечением сердца и почек, развивающиеся вследствие острой или хронической дисфункции одного из органов с последующей острой или хронической дисфункцией другого органа. В многочисленных клинических исследованиях была установлена тесная ассоциация между тяжестью почечной дисфункции и риском общей смерти от сердечно-сосудистых событий [1]. Ранняя диагностика КРС позволяет своевременно начать необходимое лечение, предупредить развитие осложнений, предотвратить развитие тяжелой сочетанной патологии, в том числе снизить общую смертность.

Цель

Изучить взаимосвязь сердечной недостаточности с заболеваниями почек на основании научной литературы.

Материал и методы исследования

Использовались научные статьи и монографии.

Результаты исследования и их обсуждение

КРС включает острые и хронические расстройства, при которых первично пораженным органом может быть, как сердце, так и почка. В зависимости от патофизиологических и временных рамок развития кардиальной и почечной недостаточности КРС классифицируют с выделением 5 типов [2]. При этом в качестве основных механизмов, способствующих формированию кардиоренального синдрома, рассматривают повышение центрального венозного давления, снижение перфузии почки, внутривенную гипертензию, недостаточность эндогенных механизмов, обеспечивающих эффективный салурез и натрийурез (система натрийуретических пептидов), эндотелиальную дисфункцию, системную провоспалительную и нейрогуморальную активацию, прооксидантный стресс и некоторые другие факторы [2].

Артериальная недостаточность — главный фактор в комплексе механизмов, которые приводят к задержке натрия и воды в почках при СН [3]. Уменьшение «наполненности артериальной циркуляции» может ошибочно интерпретироваться как следствие уменьшения объема циркулирующей крови. Почка парадоксально начинает задерживать натрий в попытке восстановить артериальное кровенаполнение, несмотря на повышение объема жидкости в межклеточном пространстве. Параллельно активируется нейрогормональная система (ренин-ангиотензин-альдостероновая система — РААС, или симпатическая часть периферической нервной системы), высвобождается вазопрессин, увеличивается продукция эндотелина. Центральными звеньями этой модели являются РААС, эндотелийзависимые факторы и их антагонисты-натрийуретические пептиды (НУП) и калликреин-кининовая система. При поражении одного из органов происходит активация РААС и симпатической нервной системы, развиваются эндотелиальная дисфункция и хроническое системное воспаление, образуется порочный круг, при котором сочетание кардиальной и почечной дисфункции приводит к ускоренному снижению функциональной способности каждого из органов, ремоделированию миокарда, сосудистой стенки и почечной ткани, росту заболеваемости и смертности [3]. Таким образом, прямые и косвенные влияния каждого из пораженных органов друг на друга могут приводить к появлению и сохранению сочетанных расстройств сердца и почек через сложные нейрогормональные механизмы обратной связи [4]. Более того, в этот порочный круг включается ренальная анемия, которая есть у многих пациентов с КРС, частота ее выявления повышается с увеличением функционального класса ХСН по NYHA [4]. Наличие нарушения почечной функции ассоциировано с более высокой частотой неблагоприятного течения и смертности не только при прогрессирующей СН, но и при эссенциальной артериальной гипертензии и после инфаркта миокарда. Симптомы повреждения функции почек, микроальбуминурия, повышение уровня сывороточного креатинина, снижение расчетного уровня клиренса креатинина или явная протеинурия являются независимыми неблагоприятными прогностическими предикторами во всех трех перечисленных выше клинических ситуациях [5].

Выводы

Понимание тонких механизмов взаимосвязи между факторами риска развития ССЗ и нарушением функции почек может явиться ключом к поиску эффективных способов профилактики и лечения как ССЗ, так и болезней почек. Состояния, которые одновременно приводят к острому/хроническому патологическому взаимодействию «сердце — почки», чрезвычайно разнообразны. Механизмы развития этого типа КРС сложны и требуют уточнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) consensus group. Cardiorenal syndromes: Report from the consensus conference of the acute dialysis quality initiative / C. Ronco [et al.] // Eur. Heart J. — 2010. — Vol. 31. — P. 703–711.
2. Гайтон, А. К. Физиология кровообращения. Минутный объем сердца и его регуляция / А. К. Гайтон, Дж. Э. Холл. — М.: Медицинское информационное агентство, 1969. — С. 473.
3. Schrier, R. W. S. Hormones and hemodynamics in heart failure / R. W. S. Schrier, W. T. Abraham // N. Engl. J. Med. — 1999. — Vol. 341. — P. 577–585.
4. Renal function: the Cinderella of cardiovascular risk profile / L. M. Ruilope [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. — 2001. — Vol. 38. — P. 1782–1787.
5. Моисеев, В. С. Кардиоренальный синдром (почечный фактор и повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний) / В. С. Моисеев, Ж. Д. Кобалава // Клин. фармакол. и тер. — 2002. — № 11 (3). — P. 16–18.