

Yu. A. VLASOV, T. M. SHISHKINA, S. L. PINEGIN, S. A. REZEPIN,
Ts. D. SANJHINA

THE OXYGEN SATURATION OF BLOOD ACCORDING THE DATA OF HEART CATHETERIZATION IN HEALTHY PEOPLE AND IN PATIENTS WITH THE INTERAURICULAR SEPTAL DEFECT

С у м м а р у

The examination has shown that the increase of oxygen saturation on 5% in right auricle in comparison with the oxygen saturation in vena cava was the pathognomonic indication of interauricular septal defect.

Ст. М. ГАЛСТЯН, Б. С. ПОГОСЯН, С. М. НАНЯН,
А. М. МАНУКЯН, Г. Х. МКРТЧЯН

О СОСТОЯНИИ ГЕМОДИНАМИКИ ГЛУБОКИХ ВЕН ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Многие вопросы, связанные с причиной возникновения гипертензии в подкожных и глубоких венах нижних конечностей, остаются неясными. Расширив показания к флебографии у больных с варикозным расширением вен, нам удалось установить ряд особенностей изменений гемодинамики и клапанного аппарата глубоких вен.

Обследовано 500 больных. Дистальной восходящей флебографией произведено 100 исследований, ретроградной—60, ретроградно-бедренно-тазовой—230 и методом «качания»—150 исследований. У 75 больных исследование проводилось в сочетании двух методов флебографии. Одновременно производилась также селективная флеботометрия отдельных сегментов глубоких вен.

Результаты исследований показали, что у 285 (57%) больных клапаны глубоких вен были частично или полностью недееспособны с регистрацией регургитации крови. При этом чаще всего недостаточность глубоких вен была выявлена в верхнем сегменте бедренной вены. Однако наиболее выраженные изменения вен в виде деформаций клапанов вплоть до полного сглаживания синусов с сегментарной флебэктазией были обнаружены в нижней трети бедренной и подколенной вен.

Изучение флебограмм у больных с клапанной недостаточностью глубоких вен позволило установить, что в ряде случаев отток крови был затруднен в результате частичного сужения просвета вены в области сафено-бедренного соустья, наружной подвздошной вены и в редких случаях на уровне верхней трети общей подвздошной вены. Во время операции производилась ревизия указанных сегментов глубоких вен и обнаружено, что причинами сдавления явились фиброзно-фасциальные тяжи, пупартова связка и перекрестно вене проходящие артерии.

При нормальном оттоке крови из глубоких вен с сохранными клапанами на флебограммах определяются ровные контуры вен с равномерным распределением контрастного вещества. При ретроградно-бедренно-тазовой флебографии контрастное вещество продвигается в проксимальном направлении и быстро опорожняется в течение нескольких секунд. В случае затрудненного оттока крови, вследствие сегментарного сужения просвета магистральной вены, ниже участка сдавления, как правило, определяется стаз контрастного вещества с выявлением недостаточных клапанов и венэктазий.

Участки экстравазального сдавления имеют вид песочных часов, а интенсивность контрастирования выше сужения значительно слабее дистального отдела. Чем уже просвет сдавленного участка, тем четче определяется эта разница. Следующим диагностическим признаком является контрастирование венозных коллатералей ниже участка сдавления. Количеством обходных коллатералей характеризуется степень гемодинамических расстройств в глубокой венозной системе. Наконец, третьим диагностическим признаком является установление перепадов венозного давления выше и ниже экстравазального сдавления.

Сужение просвета наружной подвздошной вены всегда удается установить рентгенологически методом ретроградно-бедренно-тазовой флебографии. Сдавление области сафено-бедренного отдела удается выявить лишь в тех случаях, если в общей бедренной вене не содержится клапанов и при ретроградной флебографии контрастное вещество достигает места сужения. В противном случае нормальные клапаны препятствуют ретроградному продвижению контрастного вещества и участок сдавления остается вне поля зрения. Дистальная флебография не позволяет получить четкие данные вследствие большого разведения контрастного вещества в бедренной вене. Косвенным диагностическим признаком является установление клапанной недостаточности бедренной и подколенной вен и сегментарная венэктазия. При сдавлении ниже сафено-бедренного соустья наблюдается расширение вен с низким вено-венозным сбросом и одновременным поражением системы малой подкожной вены. Остальный клапан, как правило, не изменен.

Подытоживая вышеизложенное, можно заключить, что расширение подкожных вен—это не изолированный процесс, как принято было считать. Так, у 285 больных расширение подкожных вен и недостаточность перфорантов сочетались с сегментарной или полной недостаточностью глубоких вен. Из этого числа больных у 130 гипертензия была обусловлена экстравазальными сдавлениями бедренной и подвздошной вен. Следовательно, у этих больных такие общепринятые оперативные методы лечения, как иссечение поверхностных вен и перевязка перфорантов, не могут быть радикальными. Об этом свидетельствуют и результаты оперированных больных. Несмотря на «радикальное» иссечение поверхностных вен, большинство больных отмечало чувство усталости, наличие отеков к концу дня и появление новых участков расширений.

Основываясь на полученных данных флебографии и флеботонометрии, с 1969 г. в комплекс лечения больных с расширением вен были включены новые методы корригирующих операций, направленные на устранение причин гипертензии глубоких вен. У 90 больных венозный стаз был устранен посредством декомпрессии после обнажения бедренной и подвздошной вен, и у 35 больных произведено наружное укрепление недостаточных клапанов бедренной вены. Благоприятные результаты операций в сроки наблюдения от 1 года до 5-и лет явились подтверждением проводимого нами патогенетического лечения варикозной болезни.

Выводы

1. Одной из основных причин развития варикозного расширения подкожных вен является полная или сегментарная недостаточность клапанов глубоких вен и экстравазальные сдавления бедренной и подвздошных вен.

2. Корригирующие операции при варикозной болезни, направленные на декомпрессию магистральных вен и укрепление недостаточных клапанов в сочетании с венэктомией и перевязкой перфорантов, обоснованы патогенетически.

Ереванский медицинский институт

Поступило 22/II 1975 г.

Ստ. Մ. ԿԱԼՍՏՅԱՆ, Ս. Մ. ՆԱՆՅԱՆ, Գ. Խ. ՄԿՐՏՉՅԱՆ, Ս. Մ. ՄԱՆՈՒԿՅԱՆ

ԽՈՐԱՆԻՍՏ ԵՐԱԿՆԵՐԻ ՀԵՄՈԴԻՆԱՄԻԿԱՆ ՎԱՐԻԿՈԶ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ
ԺԱՄԱՆԱԿ ԵՎ ՊԱԹՈԳԵՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԵՌԱՆԿԱՐՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Երակների հանգստավոր լայնացմամբ տառապող 500 հիվանդների հետազոտության ժամանակ 285 հիվանդների մոտ հայտնաբերվել է խորանիստ երակների կափուրների անբավարարություն 130 հիվանդների մոտ, փրակային հիպերտենզիան պայմանավորված է եղել էքստրավազալ ճնշմամբ:

S. M. GALSTIAN, S. M. NANYAN, G. Kg. MKRTCHIAN, A. M. MANOUKIAN
HEMODYNAMICS OF DEEP VEINS DURING VARICOSITY AND THE
PERSPECTIVE OF PATHOGENETIC TREATMENT

S u m m a r y

The examinations of 500 patients with varicose veins have shown the incapacity of their valves in 285 cases, the hypertension was due to extravascular constriction in 130 cases.

УДК 616.34.6—089—059:612.1

В. А. ЛИСЕЦКИЙ, В. В. ЧУБ, В. П. ЗАКУРЕНКО, А. С. ШЕМЧУК

СЕРДЕЧНЫЙ ВЫБРОС И ОБЪЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ У
БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Операция, кровопотеря, наркоз являются стрессовым фактором и требуют значительного напряжения сердечно-сосудистой системы у всех больных, в том числе и у больных раком прямой кишки. Ряд авторов указывают на снижение объема циркулирующей крови после операции у больных раком прямой кишки. Работ, касающихся изменения сердечного выброса в связи с операцией у этой категории больных нет. Знание этих показателей позволит рационально вести больных во время операции и в раннем послеоперационном периоде.

Нами проведено определение минутного объема сердца (МОС), объема циркулирующей крови (ОЦК) методом разведения альбумина, меченного J^{131} , у 48 больных до операции и в 1, 3, 5-е сутки после операции (табл. 1, 2). Среди обследованных было 22 женщины и 26 мужчин в возрасте от 21 до 62 лет; старше 50 лет было 29 больных.

Из полученных данных следует, что при поступлении в стационар у больных не наблюдается выраженного нарушения гемодинамики. Частота сердечных сокращений составляла $78,8 \pm 2,8$ в мин., ОЦК— $76,6 \pm 2,9$ мл/кг, МОС— $116 \pm 8,3$, ударный объем сердца (УОС)— $102 \pm 5,1$ мл. По-видимому, высокие цифры УОС и МОС можно объяснить стрессовым фактором—нахождением больных в онкологическом учреждении и подготовкой их к операции.

Всем была выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки под эндотрахеальным наркозом с применением эфира и нейролептанальгетиков. Операционная кровопотеря составляла $12,4 \pm 0,6$ мл/кг и восполнялась консервированной кровью или эритроцитарной массой. Кроме того, переливался реополиглюкин и 5% раствор глюкозы до 1500—2000 мл.