

Կ. Ա. ՍԵՐԳԵԵՎԱ, Է. Դ. ՏՐԱԿՈՎՍԿԱՅԱ, Օ. Ա. ԿՐԱՍԻՆ,
Լ. Ի. ԴՈՒԽԻԵՎԱ, Խ. Ի. ԻԲԱԴՈՎ

ՍՐՏԱՅԻՆ ՀՐՈՑԸ ԵՎ ԾԱՅՐԱՆԴԱՄՆԵՐԻ ԱՐՅՈՒՆԱՄՍԱԿԱՐԱՐՈՒՄԸ
ՁԱԽ ՆԱԽԱՍԻՐՏ-ՓՈՐՈՔԱՅԻՆ ԲԱՑՎԱԾՔԻ ՆԵՂԱՑՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ն փ ն լ մ

Հեղինակները ենթադրում են, որ սրտային հրոցի իջեցման պայմաններում ծայրանդամների արյունամատակարարման պակասեցում է հիվանդ օրգանիզմի հարմարողական ռեակցիա, ուղղված արյան նորմալ մակարդակի պահպանման ուղղությամբ:

K. A. SERGEYEVA, E. D. TRAKOVSKAYA, O. A. KRASIN, L. I. DUKHIEVA,
KH. I. IBADOV

CARDIAC THROW AND BLOOD SUPPLY OF EXTREMITIES IN MITRAL STENOSIS

S u m m a r y

The authors suppose, that decrease of blood flow in extremities in conditions of reduced cardiac throw is an adaptive reaction of the organism, for preservation of the normal level of blood flow in the heart and brain.

УДК 616.12—008.331.1—06:616.24—089.87

Р. И. ВАЙДА

О ПРЕДЕЛАХ КОМПЕНСАЦИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ (экспериментальное исследование)

Уменьшение сосудистого русла и дыхательной поверхности после резекции легких может привести к развитию артериальной гипертензии в малом круге кровообращения. При этом легочное артериальное давление оказывается тем выше, чем большее количество удалено легочной ткани. В связи с этим возникает вопрос о легочных резервах, о тех допустимых пределах резекции, которые обеспечивают наиболее полноценное проявление компенсации пострезекционной легочной артериальной гипертензии.

Исследование проведено на 55 собаках, которым удалялось от 33 до 75% легочной ткани (49 операций) или пережатием корней легких выключалось до 82% легочной паренхимы (6 опытов).

Выраженная гипертензия в оставшемся артериальном русле малого круга кровообращения отмечалась лишь после удаления более половины легочной ткани.

Т а б л и ц а

Давление в легочной артерии (ДЛА) после резекции различных объемов легочной ткани (в мм вод. ст.)

	Исходный уровень	Количество резецируемой легочной ткани в %			
		33	58	67—75	82
ДЛА	258,7±8	260±3,1	342±10,6	426,6±9	672,1±7,6

Резекция 33% легочной ткани не вызывает существенных изменений гемодинамики в малом круге кровообращения и газообмена как в ранние, так и в отдаленные сроки после операции. По-видимому, здоровый организм обладает компенсаторными возможностями, позволяющими ему приспособиться к данному объему резекции без повышения давления в легочной артерии.

После резекции 58% и особенно после удаления 67—75% легочной ткани оставшихся резервов оказывается недостаточно, чтобы даже на короткое время предупредить развитие гипертензии в малом круге кровообращения. Легочная артериальная гипертензия после таких операций определяется на протяжении всего послеоперационного периода и находится в прямой зависимости от объема резецированной легочной ткани и длительности послеоперационного периода.

После одномоментного удаления 67% легочной ткани выживали только молодые собаки. Дальнейшее увеличение объема одномоментной резекции выходит за пределы физиологических возможностей молодого организма в компенсации нарушений гемодинамики в малом круге кровообращения и несовместимо с жизнью.

У выживших животных после одномоментного удаления 67%, а также у животных после резекции 75% легочной ткани в 2—3 этапа к концу месяца наступала частичная компенсация дыхательной недостаточности (уменьшалась одышка, увеличивалось насыщение крови кислородом). На гистологических препаратах оставшейся части легких отмечалось резкое увеличение альвеол, расширение концевых отделов дыхательных путей, ветвлений легочной артерии и капилляров. На всех участках выделялась мышечно-эластическая гипертрофия бронхиол, альвеолярных ходов, замыкательных аппаратов входа в альвеолы, а также стенок легочных артерий.

Однако спустя 6 месяцев после операции период относительной компенсации сменялся декомпенсацией. На фоне выраженной легочной артериальной гипертензии и застоя в венах большого круга кровообращения в оставшейся легочной ткани при гистологическом исследовании все отчетливее обнаруживаются склероз ветвей легочной артерий, разрастание интимы, ограничивающие способность сосудов активно изменять просвет и ведущие к сужению его, очаги пневмосклероза. Кроме того встречались и эмфизематозные поля с редуцированным капиллярным руслом.

Таким образом, длительно существующая гипертензия в системе легочной артерии вызывает в послеоперационном периоде вторичные деструктивные изменения во внутрилегочных сосудах и паренхиме, способствующих росту сосудистого сопротивления в малом круге кровообращения и увеличению нагрузки на правый желудочек, что ведет к декомпенсации кардио-пульмональной системы.

Тернопольский медицинский институт

Поступило 11/II 1978 г.

Ռ. Ի ՎԱՅԴԱ

**ԹՈՒՔՆՐԻ ՄԱՍՆԱՀԱՏՈՒՄԻՑ ՀԵՏՈ ԹՈՔԱՅԻՆ ՉԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ
ՀԻՊԵՐԹԵՆԶԻԱՅԻ ԿՈՄՊԵՆՍԱՅԻԱՅԻ ՍԱՀՄԱՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ
(փորձարարական հետազոտություն)**

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հաստատված է, որ թորային զարկերակային գերլարվածությունը մասնահատումից հետո հեռավոր շրջաններում բերում է արյան շրջանառության անբավարարության: Ինչքան շատ է հեռացված թորային հյուսվածքից, այնքան արագ է առաջանում դեկոմպենսացիա:

R. I. VAIDA

ABOUT THE LIMITS OF COMPENSATION OF PULMONARY
ARTERIAL HYPERTENSION AFTER LUNG RESECTION

S u m m a r y

It is established, that pulmonary arterial hypertension brings to insufficiency of circulation in detached terms after resection. The more pulmonary tissue is ablated, the quicker decompensation ensues.

УДК 616.12—008.331.1—02:616.136.7—007.272—079.4:616—073.65

А. Г. ВЫХОВСКАЯ, Г. Г. ЧЕМИСОВА

ТЕРМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КОМБИНИРОВАННЫХ
ФОРМ ТРОМБООБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Диагностика комбинированных форм тромбооблитерирующих заболеваний артерий представляет значительные трудности для клиницистов. Наиболее точным и наглядным методом одновременного исследования температуры больших участков кожного покрова человека является термография, которая применялась нами не только для диагностики, но и для оценки хирургического лечения.

Наличие тромбооблитерирующего процесса не в одном, а в нескольких артериальных стволах мы относим к комбинированным формам, например, поражение общих сонных артерий и позвоночных, общих подвздошных и почечных и другие. По нашим наблюдениям из общего количества 1420 обследованных больных комбинированные формы поражения имели место у 284 больных, что составило 20% случаев. В 11% поражение магистральных артерий нижних конечностей и бифуркации аорты сочетаются с поражениями брахиоцефальных ветвей.

Во всех случаях вопрос оперативного вмешательства должен решаться индивидуально, учитывая превалирование поражения того или иного сосудистого русла. Только благодаря комплексному клинико-физиологическому и инструментальному обследованию больных можно ответить на этот вопрос. Термография хотя и не ставит окончательный диагноз, но определяет степень ишемии в бассейне пораженного сосуда.

При различных комбинациях поражений происходит возрастание симптомов или появляются отдельные синдромы; в ряде случаев эти синдромы существуют как отдельные заболевания. Отдельные типичные клинические примеры приведены в таблице.

Примером комбинированных форм тромбооблитерирующих заболеваний артерий может служить следующий пример. Больная Н. 38 лет, история болезни 22217, поступила с жалобами на головную боль, головокружение, слабость в левой верхней и нижней конечностях, боли в икроножных мышцах. Больна в течение 13 лет. Произведено термографическое обследование: лицо—термоасимметрия с понижением светимости в области левой щеки и лба; верхние конечности—темные участки с уровня плеча преимущественно слева; почки—понижение светимости с обеих сторон. Проведенные клинические и инструментальные исследования дали основание утвердить множественные поражения брахиоцефальных ветвей, а также сужение брюшной аорты, обеих почечных артерий.