

Ф. В. БАЛЛЮЗЕК, Н. П. КОРАБЛЕВА, Е. В. РЫЖОВ,
В. С. ЗЕНКОВ, ФАН ВАН ХОАН

РОЛЬ ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ В ИЗМЕНЕНИИ ОБЩЕЙ И ОРГАННОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

В последнее время в области лечения нефрогенных гипертензий имеются определенные успехи [1—9]. Доказано, что своевременно выполненные оперативные вмешательства приводят в большинстве случаев к нормализации артериального давления или к переводу больных в состояние корригируемой гипертензии. Однако, как показал опыт, такой эффект достигается не всегда. Поэтому в настоящее время изучение причин недостаточной эффективности операции привлекает к себе пристальное внимание исследователей.

Клиника госпитальной хирургии располагает опытом обследования и лечения 131 больного (87 мужчин и 44 женщины), в возрасте от 19 до 56 лет. Для определения характера изменений гемодинамики использовались следующие методы: интраоперационная двухканальная электромагнитная флоуметрия, сцинциграфия, ренография, урография, реография почек.

Характер поражения почечной ткани оценивали по данным интраоперационной биопсии и контактной микроскопии.

Для суждения о природе гипертензии в дооперационный и послеоперационный периоды был использован контроль за уровнем ренина крови, динамикой содержания ионов калия в плазме и эритроцитах при проведении пробы с верошпиномом.

При оценке результатов реваскуляризации приходится, прежде всего, учитывать то, что больные представляют неоднородную группу по природе поражения почечных артерий. Соответственно и программа оперативного лечения включала следующие методы: чревоартерэктомия—47, нефропексия—18, нефрэктомия—18, декомпрессия почечных артерий—14, аутоотрансплантация почки—14, пластика устьев почечных артерий—12, шунтирование—2, спленоренальный артериальный анастомоз—2, комбинированное лечение—устранение стеноза почечных артерий, наложение венозного рено-портального анастомоза и односторонняя адреналэктомия—4. Выбор метода оперативного лечения определялся особенностями поражения почечных артерий и стремлением получить максимальный эффект.

Анализ результатов произведенных операций показывает, что степень нарушения кровотока в почке и дооперационная и послеоперационная гипертензия не находятся в такой простой и прямой зависимости. Это и понятно, поскольку прежде всего характер поражения различен.

Данная таблица показывает, что характер поражения играет определенную роль в происхождении некорригируемых нарушений гемодинамики. Чем длительней анамнез заболевания, тем чаще встречаются такие случаи. Но еще большее значение имеет степень вовлечения в патологический процесс как сосудистых, так и внесосудистых образований. Более стойкие и лучшие результаты получены при ограниченных поражениях (фибромускулярная дисплазия, экстравазальный стеноз). Но, как показал дальнейший анализ, и здесь имеет значение фактор длительности существования гипертензии.

Таблица

Заболевание	Длительность			Послеоперационные результаты*		
	до 1 года	до 5 лет	более 5 лет	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
Атеросклероз	4	12	46	22	26	12
Нефроктоз	—	8	10	10	6	2
Фибромускулярная дисплазия	—	4	10	10	4	—
Панартериит	—	—	4	—	2	2
Экстравазальный стеноз	—	8	11	14	5	—
Дисплазия почки и почечной артерии, тромбоз почечной артерии	—	2	9	5	4	2
Сочетанные поражения (вазorenальная гипертензия и аденома надпочечника)	—	1	2	2	1	—

* Хорошие: АД $\leq 140/90$ без гипотензивной терапии, удовлетворительные: АД $> 140/90$, поддается корригирующей гипотензивной терапии; неудовлетворительные: АД $> 190/100$, не поддается гипотензивной терапии.

Из приведенной выше таблицы видно, что это касается всех форм вазоренальной гипертонии вне зависимости от ее природы. Если операция выполняется в сроки более 5 лет, то результат ее значительно хуже. По нашим данным, причина состоит в том, что теряется зависимость между гипертензией и уровнем ренина. Генез в этих случаях определяется более глубокими сдвигами в системе ренин—ангиотензин—альдостерон. Наш предварительный опыт и данные литературы показывают, что в этих случаях эффект могут дать лишь более сложные хирургические вмешательства—адреналэктомия в сочетании с методом шунтирования ренальной крови в портальную систему.

Ленинградский санитарно-гигиенический
медицинский институт

Поступила 12/1 1982 г.

Ֆ. Վ. ԲԱԼԻՅՈՒԶԵԿ, Ն. Պ. ԿՈՐԱԲԼԻՅՈՎԱ, Ե. Վ. ՌԻԺՈՎ,
Վ. Ս. ԶԵՆԿՈՎ, ՖԱՆ ՎԱՆ ԽՈԱՆ

ԵՐԻԿԱՄԱՅԻՆ ԱՆՈԹՆԵՐԻ ՎՆԱՍՈՒՄՆԵՐԻ ԲՆՈՒՅԹԻ ԴԵՐԸ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ
ԵՎ ՕՐԳԱՆԱՅԻՆ ՀԵՄՈԴԻՆԱՄԻԿԱՅԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԵՋ
ՎԱԶՈՌԵՆԱԼ ՀԻՊԵՐԹԵՆԶԻԱՅԻ ՊԱՏՃԱՌՈՎ ԿԱՏԱՐՎԱԾ
ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆԻՑ ՀԵՏՈ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ցույց է տրված, որ վիրաբուժական շտկման մեթոդի ընտրությունը կախված է հիվանդության երկարատևությունից, ախտաբանական պրոցեսի մեջ ռենալ և էքստրառենալ ֆակտորների ներգրավման աստիճանից: Հիվանդության ավելի երկար ժամկետներում ջուլված են ավելի բարդ վիրահատություններ (երիկամային անոթների վերակառուցում, ադրենալէկտոմիա, երակային փայծաղ-երիկամային բերանակցում):

F. V. Ballyuzek, N. P. Korablyova, Ye. V. Ryzhov, V. S. Zenkov,
Fan Van Khoan

Role of the Character of the Affection of Renal Vessels in the Change of General and Organic Hemodynamics After Operation in Case of Vasorenal Hypertension

S u m m a r y

It is shown that the choice of the surgical correction depends on the duration of the disease and the degree of the involvement of the renal and external factors into the pathologic processes. In case of a longer duration of the disease more complicated operations are recommended (reconstruction of the renal arteries, adrenalectomy, venous splenorenal anastomosis).

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Петровский Б. В., Крылов В. С. Хирургическое лечение реноваскулярной гипертонии. 2. Лопаткин Н. А., Мазо Е. Б. Диагностика вазоренальной гипертонии и выбор метода ее лечения. М., 1975. 3. Чернышев В. Н., Калимулин Х. Х. Вестник хирургии, 1979, 7. 4. Чернышев В. Н., Калимулин Х. Х. Вестник хирургии, 1979, 10. 5. Stamey T. A. Renovascular hypertension, 1963, Baltimore. 6. Foster J. H., Dean R. H. Journal Cardiovascular Surgery Special, 1973. 7. Pedersen E. B. Some aspect of Richrey function, the renin-aldosterone system and sympathetic activity in essential hypertension Disscation, Stockholm, 1979. 8. Stothert J. C., Lomis St. Annals of Surgery, April 1980, Vol. № 191. 9. Rosenthal J. T., Libertino J. A., Zinman L. N., Bressin D. J., Surinton N. W., Christlieb A. R. Annals of Surgery, April 1981, 193.

УДК 617.58—005.6—089

И. И. ЗАТЕВАХИН, В. М. КОШКИН, О. К. ГЕОРГАДЗЕ

О НЕКОТОРЫХ ЗАКОНОМЕРНОСТЯХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Адекватная оценка течения периода после успешной реваскуляризации у больных с эмболиями магистральных артерий конечностей не-