

ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՌԵՄԻԱՅՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ԱՆՈՒՆԵՐԻ
ԹԱՓԱՆՑԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿԸ ՌԱԴԻՈԻԶՈՏՈՊԱՅԻՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ
ՏՎՅԱԼՆԵՐՈՎ

Ա մ փ ո փ ո մ

Ցույց է տրված, որ երկամային անբավարարության սաստկացումը ուղեկցվում է անոթների թափանցելիության պակասումով, որը հիվանդության սկզբնական և արտահայտված շրջաններում, համեմատած ենթակլինիկականի հետ, բացատրվում է անոթների հարմարողական հնարավորությունների իջեցումով: Երկամային խրոնիկական անբավարարության ծանր և տերմինալ շրջաններում նկատվում է բարձրացած կամ իջեցած թափանցելիություն, որը բնորոշ է հիվանդության այդ շրջանում անդամազանոթային փոխանակության խանգարմանը:

I. M. Gamidov

The State of Vascular Permeability in Patients With Chronic Uremia,
According to Data of Radioisotopic Investigations

S u m m a r y

It is shown that the development of renal insufficiency is accompanied by the decrease of the vascular permeability, which in case of the initial and expressed stages of CRI (in comparison with the subclinical stage) results in the decrease of adaptive possibilities of vessels. In aggravated and terminal stages of CRI decreased or increased permeability is observed, which is peculiar to the disturbance of transcapillary exchange in this stage of the disease.

УДК 616.133.3—007.5+616.831—006.484.04

В. Б. ҚАРАХАН, А. В. КЕДРОВ

СОЧЕТАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ
ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ И ЕЕ АНЕВРИЗМЫ
НА ШЕЕ С ГЛИОБЛАСТОМОЙ ПОЛУШАРИЯ МОЗГА

Случаи одновременного сосуществования сосудистых и опухолевых поражений мозга привлекают внимание специалистов в связи с обоснованием концепции неполноценности ангиогенеза и локального кровообращения при опухолевом росте. Сочетание полушарной глиомы и артерио-венозной аневризмы в полости черепа впервые описано Fine R и соавт. в 1960 г. и в последующем отмечено в ряде сообщений. При этом аневризма обычно располагалась непосредственно в опухоли и могла оказывать дисциркуляторное воздействие в основном лишь в пределах отдельных ее участков. Более распространенное воздействие на кровообращение в глиомах следует ожидать при обнаружении поражения магистральных сосудов, кровоснабжающих полушарие, пораженное опухолью. Однако в доступной литературе указаний на подобные сочетания

мы не встретили, в связи с этим приводим краткое описание нашего наблюдения.

Больная С, 57 лет, доставлена из дома в коматозном состоянии, как будто была избита. На волосистой части головы ссадины. Выражена брадикардия, фиксированный мидриаз справа, спонтанная горметония. При эхоэнцефалографии отмечено смещение М-эха на 10 мм влево. На краниограммах изменений нет. Люмбальная пункция не произведена ввиду угрозы нижестеволового вклинения. В связи с наличием синдрома сдавления правого полушария мозга в фазе грубой декомпенсации больная экстренно оперирована с подозрением на травматическую внутричерепную гематому. Однако ни кровоизлияния, ни очагов ушиба мозга не выявлено. При пункции мозга отмечено уплотнение в глубинных отделах височно-теменной области. Операция закончена декомпрессией. При каротидной ангиографии справа обнаружена патологическая извитость экстракраниального отдела внутренней сонной артерии и небольшая ее аневризма на уровне С₂ позвонка. Из-за выраженного вазоспазма не удалось четко контрастировать и проследить характер смещения магистральных артерий мозга. Через 3 сут с момента поступления больная скончалась. На секции обнаружена глиома глубинных отделов правой височно-теменной области с явлениями острого нарушения кровообращения в опухоли. Гистологический диагноз: мультиформная глиобластома с переходными участками типичной и дедифференцированной астроцитомы.

Столь необычное сочетанное поражение безусловно сформировалось не одновременно. По-видимому, предшествующее локальное нарушение кровотока по магистральным артериям шеи может явиться фактором отбора так называемых гипоксических опухолевых клеток и стать значимым для прогрессии церебральных новообразований (но не для их возникновения) при неэффективности коллатерального кровообращения.

В приведенном наблюдении факт нарушения кровообращения в опухоли документирован анатомически: наличие опухолевой прогрессии подтверждает гистологическая картина, показывающая неоднородность опухолевых участков, характеризующихся различной степенью злокачественности, а также длительность малосимптомного периода у больной при наличии итоговой высокозлокачественной опухоли.

Безусловно, такие наблюдения являются казуистикой, так как при этом необходимо сочетание морфо-функциональной неполноценности сосуда, изначально доброкачественной опухоли в зоне его ирригации и недостаточности коллатеральной компенсации. Тем более представляется интересным экспериментальное моделирование подобных ситуаций для изучения влияния изменений регионарного кровообращения на прогрессию опухолевого роста.

Московский медицинский стоматологический институт

Поступила 25/IV 1982 г.

ՆԵՐՔԻՆ ՔՆԱՅԻՆ ԶԱՐԿԵՐԱԿԻ ԱՆՏԱՐԱՆԱԿԱՆ ՈՒՈՐՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՆՐԱ
ՎԶԻ ՎՐԱՅԻ ԱՆԵՎՐԻԶՄԻ ԶՈՒԳԱԿՑՈՒՄԸ ԳԼԽՈՒՂԵՂԻ ԿԻՍԱԳԵՂԻ
ԳԼԽՈՐԼԱՍՏՈՄԱՅԻ ՀԵՏ

Ա մ փ ո փ ո ի մ

Նկարագրված է արտասովոր դեպք, երբ գլխուղեղի կիսագնդի գլխորևստոման զուգակցված է նույնակողմ ներքին բնային զարկերակի բազմաբանակ արտազանգային վնասման հետ: Քրոնիկական է տեղային ուղեղային արյան շրջանառության խրոնիկական խանգարման հնարավոր դերը ուռուցքի զոյացման և աճի զարգացման մեջ:

V. B. Karakhan, A. V. Kedrov

Coexistence of Distortion, Cervical Aneurism of the Internal
Carotid Artery and Brain Hemisphere Glioblastoma

S u m m a r y

A case of unusual combination of brain hemisphere glioblastoma and numerous homolateral extracranial carotid artery lesions is described. Influence of chronic regional cerebral discirculation in the neoplasm carrier-hemisphere on tumor growth development is discussed.

РЕФЕРАТ

УДК 612.146.4:577.31

В. А. КУЗЬМЕНКО

ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ ИСХОДНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ
ДАВЛЕНИЕМ И ЕГО ИЗМЕНЕНИЕМ ПРИ СТАТИЧЕСКОМ
НАПРЯЖЕНИИ В РАЗНОЕ ВРЕМЯ СУТОК

Исследовали зависимость возбудимости вазомоторного центра от исходного уровня АД у молодых здоровых мужчин в диапазоне индивидуальных вариаций АД в разное время суток. В 60 суточных экспериментах у 27 лиц 18—30 лет 6 раз в течение одних суток измеряли АД в фоне и во время сжимания кистью правой руки груши пневматического силомера (0,5 от максимального усилия в течение 1 мин). Зависимость реакции систолического АД от исходной величины среднего АД вычисляли методом усреднения со скользящим интервалом 3 мм рт. ст.

Величина прессорной реакции АД по средним данным не различалась в 08, 12, 16 и 20 ч, к 04 ч увеличивалась на 59% на фоне понижения уровня покоя на 10%. В любое время суток между уровнем покоя и величиной реакции на нагрузку имела место нелинейная, многофазная зависимость, которая может быть описана в виде М-образной кривой. В