

У. К. ДЖАЛМУКАШЕВ

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Задачей настоящей работы является изучение состояния кровообращения печени у онкологических больных и выявление характерных особенностей в ее органном кровотоке при вне- и внутрипеченочной локализациях злокачественных новообразований.

Исследования кровообращения печени были проведены у больных раком молочной железы, пищевода, желудка, легкого, печени, лимфогранулематозом, а также доброкачественными опухолями (полипы) желудка и прямой кишки и циррозом печени.

Контрольную группу составили 12 практически здоровых лиц. Всего обследовано 169 пациентов.

Показатели кардио-портального времени у больных со злокачественными опухолями различных локализаций

Диагноз	Количество больных	Кардио-портальное время, мин	Группы
Практически здоровые лица (контрольная группа)	12	22,4 $\pm$ 2,4	I
Полипы желудка и прямой кишки	9	23,2 $\pm$ 2,2	II
Рак молочной железы	16	28,3 $\pm$ 2,7	
Рак пищевода	46	32,4 $\pm$ 1,8	III
Рак желудка	17	32,0 $\pm$ 2,8	
Лимфогранулематоз	35	31,8 $\pm$ 1,7	IV
Рак легкого	12	37,0 $\pm$ 2,6	
Рак печени	14	46,9 $\pm$ 2,24	V
Цирроз печени	11	48,2 $\pm$ 2,8	

Радионуклидные исследования проводились на многоканальной радиометрической установке «ГАММА» (Венгрия). После установления детекторов над областью сердца и печенью индикатор ^{113}M Jn—элюат активностью 3,7 мБК (100 мККи) в объеме 0,5 мл вводили внутривенно и кровоток регистрировали на 2-канальном самопишущем приборе.

Всем больным проводилось скенирование печени коллоидным— ^{113}M Jn для выявления структурных изменений в паренхиме органа, а также для выяснения размеров и топографии.

Оценка состояния кровообращения печени осуществлялась на основании визуального анализа регистрированных кривых кровотока и определения кардиопортального времени (КП)—время от пика сердечной кривой до пика портального участка кривой печени. Анализ показателей КП времени представлен в табл. 1.

Казахский НИИ онкологии и радиологии

Поступила 21/X 1985 г.

ՈՒ. Կ. ԶԱԼՄՈՒԿԱՇԵՎ

ԶԱՐՈՐԱԿ ՆՈՐԱԳՈՅԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐ ՄՈՏ ԼՅԱՐԻԻ ԱՐՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱՌՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿԻ ՈՐՈՇ ՅՈՒՑԱՆԵՇՆԵՐ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ցույց է տրված, որ օնկոլոգիական հիվանդների մոտ կոնտրոլ և բարորակ նորագոյացութուններով խմբերի հետ համեմատած խանգարված է վարդի արյան հոսքը, որն արտահայտվում է կարդիոպորտալ ժամանակի երկարացումով:

Some Indices of the Liver Circulation State in Patients with Malignant Tumors

Summary

It is shown that in oncologic patients in comparison with the control group and group with benign tumors the disturbance of the liver blood flow is observed, which is expressed by the significant extension of the cardiportal time.

УДК 616.357

Л. А. МАНУКЯН, Г. П. КЯЛЯН, С. З. ОГАНЕСЯН

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

В последние годы наблюдается резкое увеличение количества больных, страдающих заболеваниями желчных путей и пузыря. Среди многих этиологических причин, вызывающих патологические изменения в стенке желчного пузыря при холецистите, выделяют особую группу с местными расстройствами кровообращения. В специальной литературе кровоснабжению желчного пузыря уделено немало внимания, однако пути микроциркуляции с характеристикой основных звеньев изучены недостаточно.

Нами предпринято изучение микроциркуляторного русла желчного пузыря в норме и при деструктивном холецистите.

По нашим данным микроциркуляторное русло (МЦР) каждой оболочки стенки желчного пузыря (стенка пузыря расслаивалась, изучение МЦР велось на пленчатых препаратах безинъекционными методами)—импрегнацией серебром по В. В. Куприянову и выявлением активности щелочной фосфатазы по С. А. Сисакян и Л. А. Манукян, в норме имеет определенный план строения. Общим в этом плане является наличие пятичленного комплекса микрососудов, состоящего из артериол, прекапилляров, капилляров, посткапиллярных венул и венул. Последовательность же соединения и упорядоченность микрососудов, как в топографическом, так и в количественном отношении является специфичной. Сосуды терминального русла слизистой оболочки желчного пузыря относятся к «типу конечных». Анастомозы в виде аркад и колец, свойственные стенке желчного пузыря, в слизистой оболочке встречаются значительно реже.

Возможно этими особенностями ангиоархитектоники можно объяснить то, что некроз стенки пузыря при деструктивном процессе всегда начинается со слизистой оболочки.

Изменения основных звеньев МЦР желчного пузыря при деструктивном холецистите изучались нами на 25 желчных пузырях, удаленных в результате холецистэктомии у лиц обоего пола в возрасте от 30 до 55 лет. МЦР стенки пузыря выявлялось вышеуказанными безинъекционными методами.

Как показали наши исследования при начальных стадиях процессов отмечается очаговый ишемический некроз слизистой оболочки без вовлечения мышечного и серозного слоев. Возникающие эрозии и язвы всегда имели овальную или округлую форму, что указывало на их сосудистый генез. При более запущенных случаях некроз охватывал все свои стенки пузыря. При этом на препаратах выявлялось вазоконструкция артериол, их змеевидный ход, зоны гемостаза. Промежуточное звено—капилляры изменялись в различной степени. Характерным являлось чередование участков спазма и расширения. Капиллярная сеть оказывалась на значительном протяжении запустевшей, а в соседних участках—расширенной и переполненной кровью, видимо через анастомозы.