

в прямой зависимости от объема переливаемой жидкости и показателя гематокрита.

ВНЦХ АМН СССР

Поступила 12/XII 1987 г.

Մ. Ն. ՍԵԼԵԶՆՈՎ, Մ. Ն. ԳՐԻՇԵՆԿՈ, Տ. Վ. ՍՏԵՓԱՆԻԱՆ

ԱՐՅԱՆ ՄԵՋ ԿԱԼԻՈՒՄԻ ՄԱԿԱՐԴԱԿԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅԱՆԸ ՈՐՈՎԱՅՆԱՅԻՆ
ԱՈՐՏԱՅԻ ՎՐԱ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ, ՈՐՈՆՔ
ՈՒՂԵԿՅՎՈՒՄ ԵՆ ՄԵԾԱՔԱՆԱԿ ԱՐՅԱՆ ԿՈՐՈՒՍՏՈՎ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ մեծ ծավալի արյան փոխհրարկումները և երկարատև իշեմիան որովայնային աորտայի սեղման ժամանակ շնչուղիցվում արյան մեջ կալիումի մակարդակի էական քարձրացմամբ: Արյան մեջ կալիումի խտության իջեցումը ուղղակի կախվածության մեջ է գտնվում փոխհրարկված հեղուկների քանակի և հեմատոկրիտի ցուցանիշներից:

M. N. Seleznyov, M. N. Grischenko. T. V. Stepanian

Changed Blood Potassium Level During Surgery on Abdominal Aorta with Significant Bleeding

Summary

The studies have shown that the transfusion of large blood volumes and prolonged ischemia in abdominal aortic clamping are not accompanied by essential increase in blood potassium level.

Decreased K concentration in blood is in direct dependence on the quantity of transfused fluid and hematocrite value.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abbot W. J. Surg. Res. 1974, 16, 482—489.
2. Bush H. et al. Arch. Surg., 1977, 112, 1301—1336.
3. Carmichael D., Hosty T., Kstl D., Beckman D. S. Med. J., 1984, 28, 220—221.
4. Ikeda K. et al. 7-th World Congress of Anesthesiologists. 1980. Sept., 14—21, 44. Hamburg. FRG.
5. Kahn R. et al. Anesth. Analg., 1979, 58, 274—278.
6. Kates R., Finucane B. S. Med. J. 1984, 77, 516—517.
7. Linko K., Tigerstedt I. Acta Anaesthesiol. Scand., 1984, 28, 220—221.
8. Porter J. et al. Surg. Gynec. Obstet., 1966, 123, 819—825.
9. Stoops C. Anesth. Analg., 1983, 62, 1044—1047.
10. Wheeler C. et al. New Engl. J. of Medicine, 1966, 275, 320.
11. Wilson R., Mamem E., Walt A. J. Trauma, 1971, 11, 275—285.

УДК 616

А. А. МАРТЫНОВ, В. С. ГОРЮНОВ, Н. Л. БАЯНДИН, А. Н. КОСЕНКОВ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОАРКТАЦИИ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Мировой опыт диагностики и лечения коарктации брюшного отдела аорты невелик в связи с редкостью данной патологии [1, 2].

В отделении хирургии сосудов ВНЦХ АМН СССР на обследовании и лечении находились 12 больных, страдавших коарктацией брюшного отдела аорты. В исследуемой группе были больные в возрасте от 7 до 37 лет. Средний возраст составил 18,6 года. Длительность клинических проявлений заболевания была от 1 до 10 лет и в среднем составила 5,6 года.

Физикальное обследование 12 пациентов выявило повышение цифр артериального давления: у 11 больных от 160/80 до 280/140 мм рт. ст. при брахио-лодыжечном градиенте, от 0 до 50 мм рт. ст. у 4 больных, от 51 до 100 мм рт. ст.—у 2 и свыше 100 мм рт. ст. у 6 больных. Важной особенностью симптоматики коарктации брюшного отдела аорты был грубый систолический шум, эпицентр которого располагался в эпигастральной области.

Характерные жалобы больных в сочетании с определением разности артериального давления, измеряемого на верхних и нижних конечностях, а также необычно низкая локализация грубого систолического шума в эпигастральной области позволяют заподозрить коарктацию брюшного отдела аорты уже в поликлинических условиях.

Решающая роль в окончательном диагнозе и разработке плана оперативного лечения принадлежит контрастной аортографии. Согласно классификации А. В. Покровского с соавт. (1965) у 11 больных была диагностирована коарктация интравенальной части аорты и у 1 больного—инфравенальной части аорты.

Отличительной особенностью ангиограмм является выраженность артериальных перетоков между висцеральными ветвями ошибочно трактуемых рентгенологами как косвенный признак окклюзии одной из непарных ветвей брюшной аорты.

Контрастная аортография, как и компьютерная томография, позволили выявить протяженность коарктации, которая достигла от 4 до 10 см. Важным признаком коарктации интравенальной части аорты является высокая частота поражения почечных артерий, наблюдавшаяся у 10 из 11 больных, при этом у 7 пациентов был выявлен двусторонний стеноз почечных артерий. Окклюзия чревной и верхней брыжеечной артерий были диагностированы у 1 больного.

О наличии вазоренального компонента артериальной гипертензии при интравенальной локализации коарктации аорты свидетельствуют радиоизотопные исследования, зафиксировавшие нарушение функции почек у 6 из 7 обследованных больных.

В свете полученных анатомо-физиологических данных становится очевидным преобладание гипертензивного синдрома в клинической картине коарктации брюшного отдела аорты, обусловленного наличием сужения аорты, а также вазоренальным характером гипертензии. В свою очередь, повышение системного артериального давления в сочетании с развитостью коллатеральных путей кровообращения, в ряде случаев, компенсирует регионарную ишемию нижних конечностей и органов брюшной полости.

Основным показанием к операции при коарктации брюшного отдела аорты является злокачественная гипертензия, не поддающаяся медикаментозному лечению.

Одновременная реконструкция брюшной аорты и почечных артерий в виде: аорто-аортального шунтирования с реимплантацией почечных артерий в шунт или аорто-аортального шунтирования с реимплантацией почечной артерии в аорте ниже уровня коарктации с последующей нефрэктомией контрлатеральной почки, выполнялась 2 больным в возрасте 7 и 13 лет при брахиолодыжечном градиенте свыше 100 мм рт. ст.

Наличие коарктации брюшного отдела аорты с поражением почечных артерий, при маловыраженных расстройствах кровообращения нижних конечностей брахио-лодыжечном градиенте от 0 до 50 мм рт. ст. и возрасте больных от 21 до 37 лет позволяли ограничиваться реконструкцией только почечных артерий, 4 больным предпринимались следующие виды операций: аорто-ренальное протезирование, реимплантация почечных артерий в аорту выше уровня коарктации, а также наложение сплено-ренального анастомоза.

При отсутствии патологии почечных артерий, брахио-лодыжечном градиенте свыше 100 мм рт. ст., одной больной 13 лет была выполнена реконструкция интратренальной части аорты в виде не прямой истмопластики.

Таким образом, у наших больных были применены 3 основных вида реконструктивных операций: одномоментное восстановление кровотока по почечным артериям и аорте, изолированная коррекция кровоснабжения почек, а также только реконструкция коарктации брюшного отдела аорты.

Дифференцированный подход к объему и виду хирургических вмешательств позволил добиться положительных результатов у 7 из 8 больных, которые были оперированы, при отсутствии летальных исходов.

У 2 больных после одномоментной реконструкции аорты и почечных артерий в послеоперационный период наблюдалась нормализация артериального давления и повышение артериального давления на нижних конечностях. Изолированная реконструкция почечных артерий при коарктации брюшного отдела аорты привела к снижению системного артериального давления без возникновения ишемии нижних конечностей у 3 из 4 оперированных больных. Наложение спленоренального анастомоза, как вариант коррекции вазоренального генеза гипертензии, эффекта не имело. Выполнение не прямой истмопластики при коарктации интратренальной части аорты без стенозирования почечных артерий позволило добиться нормализации артериального давления на верхних и ликвидации ишемии нижних конечностей. Резекция коарктации грудного отдела аорты при сочетанном поражении интратренальной части аорты привело к частичному снижению системного артериального давления.

Таким образом, при выборе объема и вида хирургического лечения коарктации брюшного отдела аорты необходимо учитывать величину брахио-лодыжечного градиента, наличие патологии почечных артерий, а также возраст больных.

ВНЦХ АМН СССР

Поступила 19/XII 1987 г.

Ա. Ա. ՄԱՐՏԻՆՈՎ, Վ. Ս. ԳՈՐՅՈՒՆՈՎ, Ն. Լ. ԲԱՅԱՆԴԻՆ, Ա. Ն. ԿՈՍԵՆԿՈՎ

ԱՌՐՏԱՅԻ ՈՐՈՎԱՅՆԱՅԻՆ ՀԱՏՎԱԾԻ ՆԵՂԱՑՄԱՆ

ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄՆ ՈՒ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ա. մ. փ. ո. փ. ո. լ. մ.

Աորտայի որովայնային հատվածի նեղացման վիրահատական բուժման մեթոդի և ծավալի ընտրության ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել կարճակոճային գրադիենտի մեծությունը, երկկամային զարկերակների պաթոլոգիայի առկայությունը, ինչպես նաև հիվանդի տարիքը:

A. A. Martynov, V. S. Goryunov, N. L. Bayandin, A. N. Kosenkov

The Diagnosis and Treatment of the Coarctation of the Abdominal Part of Aorta

Summary

While choosing the volume and method of the surgical treatment of the aorta's abdominal section it is necessary to take into account the size of brachyomaleolus gradient, the presence of renal arteries pathology and the age of the patient.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский А. В., Мельник И. Э., Рушанов И. И. Хирургия, 1965, 5, 127—130.
2. Theodorides T. J. Cardiovasc. Surgery, 1979, 20, 6, 537—544.

УДК 616.13—004.6—089.819.1

Н. Л. ВОЛОДОСЬ, Л. Ф. ЯКОВЕНКО, В. И. КУЛЕБА, И. П. КАРПОВИЧ,
В. Ф. УДОВЕНКО, Л. С. КЕРЕМЕТ, В. Г. ТРУФАНОВ,
В. Ф. РАЗМАХОВА, А. М. ЖЕРДЕНКО

НОВЫЙ БАЛОННЫЙ КАТЕТЕР ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИЛАТАЦИИ АРТЕРИЙ

Проблему баллонной дилатации изолированных стенозов небольшой длины в настоящее время можно считать решенной. Для этих целей применяются катетеры, баллоны которых изготовлены из полиэтилена [3].