

ԿՈՐԴԱՆՈՒՄ ԲԵՏԱ-ԱԴՐԵՆՈԲԼՈԿԱՏՈՐԻ ԳՈՐԾԱԾՈՒԹՅԱՆ

ԿԼԻՆԻԿՈ-ՀԵՄՈԴԻՆԱՄԻԿ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆԸ

Ա մ փ ն փ ու մ

β-ադրենաբլոկատոր կորդանումը իրենից ներկայացնում է բավական արդյունավետ մի փոխարինիչ, լարման անոթաբարդիացիվ և հիպերտոնիկ IB և IIA աստիճանի հիվանդությամբ հիվանդ-ներին բուժելիս, և ունի համեմատաբար ոչ բարձր արդյունավետության սրտային առիթմա-նորմալիզացիոն ժամանակ:

O. S. Shcherbakova, A. B. Kazarian, I. L. Kourchatova, R. P. Knyazev

Clinicohemodynamical Evaluation of the Beta-Adrenoblocker
Cordanum's Application

S u m m a r y

The β-adrenoblocker cordanum is a rather effective preparation at treatment of patients with stenocardia or exertion and hypertensive disease of IB and IIA stages and has a considerably low efficiency at treatment of cardiac arrhythmias.

УДК 616.13—006—089

А. К. КЯНДАРЯН

КИСТОЗНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ АДВЕНТИЦИИ АРТЕРИИ

Кистозная дегенерация артерий (КДА)—редкая сосудистая патология образования интрамуральной кислоты из наружной оболочки артерии с прогрессирующим ростом, сдавлением ее просвета [11]. Она содержит малиноподобное желе из фибриногена, глобулинов, гемоглобина, гиалуроновой кислоты, липо-, муко-, гликопротеидов, гидроксипролена [2, 7, 10, 13]. Гистологически КДА напоминает сухожильный ганглий, часто с периаартериальным асептическим воспалительным процессом [3]. Возникновение КДА связывают с эмбриональной дистонией [6], повторными микротравмами артерий ригидными краями фасций и сухожилий при пульсации и сокращении мышц [4, 16]. Клиника КДА сходна с другими облитерирующими болезнями: характерно прекращение пульсации на стопе при сгибании в коленном суставе [14], систолический шум после стеноза [8]. КДА чаще поражает подколennую артерию, реже—локтевую, лучевую, берцовые, бедренные и подвздошные артерии [5, 11, 12, 15]. В конечной стадии болезни стеноз переходит в окклюзию артерии с тромбоэмболическими и трофическими нарушениями. Лечение КДА—вылущивание кисты в ранних стадиях [6, 7, 16] и резекция артерии с аутовенозным протезированием—при тромбозе [2, 9].

Всего описано 120 операций при КДА. Поскольку в отечественной литературе подобных описаний нет, приводим 2 своих наблюдения.

1. Б-ной Т., 20 лет, ист. бол. № 7261, поступил 3.03.81 с диагнозом: гигрома левого предплечья. Жалобы на опухолевидное образование на левом предплечье с периодическими болями. Болен 4 года. 5 лет занимался каратэ. На левом запястьи, по проекции лучевой артерии определяется опухолевидное образование, округлой формы, диаметром 2 см, туго-эластической консистенции, подвижное, неспаивающееся с кожей, слегка болезненное. Операция 4.03.81, под местной новокаиновой анестезией; произведен разрез длиной 3 см над опухолью, расположенной под апоневрозом, она неправильной формы, исходит из адвентиции лучевой артерии. Опухоль выделена и удалена с применением микрохирургической техники без вскрытия просвета артерии и кисты. Препарат—опухоль в капсуле, содержит желеподобную массу малинового цвета. Стенка кисты представлена грубой фиброзной тканью. Заживление первичным натяжением.

2. Б-ной М., 47 лет, ист. бол. № 17985, поступил 19.09.83 с жалобами на наличие опухолевидного образования в правой подколенной области, боли, перемежающую хромоту, онемение, похолодание правой нижней конечности. Болен 3 года. Правая стопа и голень бледные, прохладные. В правой подколенной ямке пальпируется опухолевидное образование (3×3 см), подвижное, туго-эластичной консистенции. Пульсация артерий стопы отсутствует. Сфигмография: на голени справа коллатеральный кровоток, слева—норма. Артериография: контуры бедренной артерии гладкие, окклюзия правой подколенной артерии. Диагноз: опухоль подколенной области со сдавлением подколенной артерии. Операция 19.09.83. Острым и тупым путем обнажена опухоль. Подколенная артерия входит в опухоль, через которую определяется передаточная пульсация, в дистальной части артерии после опухоли пульсации нет. Опухоль выделена и резецирована вместе с участком артерии. Взят трансплантат из большой подкожной вены на левой голени. Произведено аутовенозное протезирование подколенной артерии конец в конец. Пульс на артериях стопы восстановился. Препарат: многокамерная киста неправильной формы, исходящая из стенки подколенной артерии с желеподобным содержимым малинового цвета. Просвет артерии на уровне опухоли тромбирован. Микроскопически: стенка кисты подобна сухожильному ганглию. Послеоперационное течение гладкое.

Хирургическая тактика в наших наблюдениях отличалась тем, что в первом случае удалась энуклеация кисты, а во втором из-за тромбоза артерии была произведена ее резекция с протезированием. Несомненно связь КДА с травматизацией при занятиях каратэ. Отличные отдаленные результаты в наших наблюдениях свидетельствуют о перспективности хирургического лечения этой редкой сосудистой патологии.

ՉԱՐԿԵՐԱԿՆԵՐԻ ԱԴՎԵՆՏԻՑԻԱՅԻ ԿԻՍՏՈՂ ԴԵԳԵՆԵՐԱՑԻԱՆ

Ա մ փ ա փ ու մ

Հայրենական զրազանության մեջ առաջին անգամ բերվել է զարկերակների ադվենտիցիալի կիստոզ դեգեներացիայի երկու հաջող վիրահատված դեպքերի նկարագրությունը:

A. K. Kyandarian

Cystic Degeneration of Arterie's Adventition

S u m m a r y

For the first time in the native literature two cases of successful surgical treatment of cystic degeneration of arteries' adventition are described.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Backstrom C. G. et al. Acta Chir. Scand., 1965, 129, 447—451. 2. Barnett A. J. et al. Med. J. Austral. 1966, 7, 355—358. 3. Bliss B. P. et al. Brit. Med. J., 1963, 2, 847—849. 4. Boyd A. M. Bone Joint Surg., 1949, 31B, 325—255. 5. Cambell R. et al. Brit. J. Surg., 1970, 57, 865—867. 6. Chandler J. J. et al. Surgery, 1971, 69, 3, 474—477. 7. Dellannoy E. et al. Med. Acad. Chir., 1960, 86, 28—29. 8. Eastcott H. H. G. Brit. Med. J. 1963, 5367, 1270. 9. Ejrup B. et al. Acta Chir. Scand. 1954, 108, 217—230. 10. Endo M. et al. Clin. Chlm. Acta, 973, 47, 417—418. 11. Flanagan D. P. et al. Ann. Surg., 1979, 189, 165—175. 12. Hansen H. J. P. Acta Chir. Scand., 1966, 131, 171—177. 13. Harris J. D. et al. Austr. N. Z. J. Surg., 1965, 34, 265. 14. Ishikawa K. et al. Angiology, 1961, 12, 357. 15. Parkes A. J. Bone Joint Surg., 1961, 43B, 784—790. 16. Taylor H. et al. Brit. Med. J., 1967, 4, 109—110.

РЕФЕРАТЫ

УДК 612.18:612.172.1:612.73:615.281.1

А. Н. КАРАЧЕНЦЕВ, А. Г. БАРАНОВ

К МЕТОДИКЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ ВАЗОАКТИВНЫХ
ВЕЩЕСТВ НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ
ИЗОЛИРОВАННЫХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

В изометрическом режиме, с помощью механотрона 6МХ2Б, изучалось влияние гистамина дигидрохлорида (10^{-4} — 10^{-2} М) и хлорида калия (30, 60, 120 мМ) на тонус изолированных кольцеобразных сегментов левых коронарных артерий (1,5—2 мм в диаметре), взятых от свиней после электрозабоя.

Установлено существование обратимого периода рефрактерности артериальных сегментов на введение исследовавшихся вазоактивных