

Г. Н. МАРУЩЕНКО, Я. П. КУЛИК

ФИБРОСКОПИЯ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ЧЕРЕЗ НАРУЖНУЮ ЯРЕМНУЮ ВЕНУ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И КЛИНИКЕ

В последнее время наружная яремная вена стала широко использоваться для различных хирургических манипуляций в правых камерах сердца. Через нее производят установку эндоэлектродов при стимуляции предсердий, учитывая кратчайшее расстояние до полостей сердца [6—9].

Однако данных о кардиофиброскопии правых камер сердца через наружную яремную вену, о ее хирургической анатомии и вариантах строения в доступной отечественной и зарубежной литературе мы не встретили.

С целью уточнения возможности производства кардиофиброскопии в клинике, через наружную яремную вену, мы изучили хирургическую анатомию ее на 50 трупах взрослых людей обоего пола в возрасте от 15 до 45 лет и на 30 трупах освоили технику эндоскопии правых отделов сердца через эту вену с последующей фотосъемкой.

Анатомические исследования показали, что наружная яремная вена встречается в подавляющем большинстве случаев (97%). На обеих сторонах шеи она располагалась в 88%, и лишь в 12% на одной стороне. Постоянство наружной яремной вены позволяет использовать ее для фиброскопии и катетеризации подключичной вены, бассейна верхней полой вены и правых отделов сердца. Отмечено две крайние формы изменчивости наружной яремной вены—магистральная (78,8%) и рассыпная (21,2%). Рассыпная форма была представлена наличием 2 или 3 отдельных стволов диаметром от 2 до 4 мм, сливающихся в общий ствол в средней, чаще в нижней трети шеи. Поэтому для катетеризации и фиброскопии бассейна верхней полой вены и правых отделов сердца вену целесообразно обнажать в нижней трети шеи. В этом отделе шеи наружная яремная вена проецируется соответственно средней трети медиальной половины ключицы (65,8%); реже (25,5%) в области латеральной трети и очень редко (8,9%) на уровне медиальной трети медиальной половины ключицы [1]. Таким образом для обнажения вены в нижней трети шеи рационален поперечный разрез соответственно средней трети медиальной половины ключицы по методике вышеупомянутых авторов.

Наружная яремная вена чаще впадает в подключичную вену (67%), в венозный угол (13%) и во внутреннюю яремную вену (20%). Внутренний диаметр вены магистрального типа колебался от 4,0 до 8,5 мм, в среднем равный $6,52 \pm 0,3$ мм. Диаметр вены позволяет производить кардиофиброскопию имеющимися типами фиброскопов с диаметром от 4,4 до 8,0 мм.

Методика. После обнажения вены по методу И. Я. Иоффе, В. Г. Колоскова, дистальный конец вены перевязываем, а под проксимальный подводим лигатуру, над которой вену надсекаем и вводим кардиофиброскоп с эластиковым баллончиком на дистальном его конце, при заполнении которого 10—20 мл теплым стерильным физраствором, он оттесняет кровь от осматриваемых внутрисердечных структур. По ходу прибора осматриваем верхнюю полую вену, затем фиброскоп вводим в правое предсердие осматриваем межпредсердную перегородку, ушко, трикуспидальный клапан и другие структуры. Через правое атрио-вентрикулярное отверстие прибор можно ввести в желудочек и осмотреть папиллярные мышцы, хорды.

При наличии дефекта в межпредсердной перегородке, через него фиброскоп можно ввести в левые отделы сердца осмотреть и зафотографировать митральный клапан и другие образования. Иногда при введении кардиофиброскопа мы встречали небольшое препятствие—клапан венозного угла, который легко преодолевали легкими вращательными движениями фиброскопа.

Кардиофиброскопия без торакотомии через правую наружную яремную вену нами произведена в эксперименте на 60 собаках без осложнений, возможность ее выполнения у больных доказана в эксперименте на 30 трупах людей.

Кардиофиброскопия у 4 больных через большую подкожную вену бедра впервые в нашей стране выполнена в 1979 году в Институте А. В. Вишневого М. И. Кузиным, А. Д. Араповым, М. Е. Саргиным.

Базируясь на этих данных, нами в клинике у 15 больных выполнена кардиофиброскопия правых камер сердца через правую наружную яремную вену в условиях операционной, под общим обезболиванием перед операцией у больных на открытом сердце. Возраст больных был от 15 до 28 лет. По вышеописанной методике обнажалась наружная яремная вена и в нее вводили фиброскоп на расстояние 10—15 см. Контролем введения фиброскопа в правое предсердие служили ритмичные колебания прибора, которые ощущаются пальпаторно и заметны визуально. В двух случаях ввести фиброскоп в вену не удалось из-за тонкого диаметра вены и рассыпного ее типа. Этим методом у 13 больных перед операцией впервые удалось визуально диагностировать дефект межпредсердной перегородки, определить его форму и локализацию и приблизительные размеры. Данной категории больных в условиях искусственного кровообращения и умеренной гипотермии произведена пластика дефектов синтетическими заплатами, так как дефекты были диаметром больше 2 см. Все больные кардиофиброскопию перенесли без осложнений. У 2 больных в послеоперационном периоде в области шва на шее были небольшие гематомы, которые рассосались.

Таким образом, постоянство наружной яремной вены на обеих сторонах шеи, ее относительно большой диаметр ($6,52 \pm 0,3$ мм), в большинстве случаев позволяет производить эндоскопию правых отделов сердца без торакотомии [4].

Мы в своих исследованиях подтвердили эти данные в эксперименте и выполнили в клинике у 13 больных. Метод кардиофиброскопии правых отделов сердца без торакотомии через правую наружную яремную вену, используя кратчайшее расстояние до полостей сердца, является весьма перспективным в постановке диагноза врожденных дефектов межпредсердной перегородки и дооперационной диагностики врожденной и приобретенной патологии трикуспидального клапана, а при наличии дефекта имеется возможность через дефект ввести фиброскоп в левые отделы сердца и осмотреть митральный клапан и левые камеры сердца (выявить наличие тромбов, кальциноза).

Этот метод по своей объективности дополняет другие инвазивные методы исследования сердца (катетеризацию полостей и ангиокардиографию).

Выводы

1. Диаметр и варианты строения наружной яремной вены у людей позволяют в большинстве случаев производить эндоскопию правых камер сердца без торакотомии для визуального подтверждения патологии трикуспидального клапана и дефекта межпредсердной перегородки.

2. Кардиофиброскопия правых отделов сердца объективно и точно отражает имеющуюся патологию межпредсердной перегородки и трикуспидального клапана и может использоваться как самостоятельный метод исследования.

Благовещенский медицинский институт

Поступила 5/VIII 1981 г.

Գ. Ն. ՄԱՐՈՒՇԵՆԿՈ, Յա. Պ. ԿՈՒԼԻԿ

ԱՐՏԱՔԻՆ ԼՆԵՐԱԿՈՎ ՎԵՐԻՆ ՍԻՆԵՐԱԿԻ ԵՎ ՍՐՏԻ ԱՋ ԲԱԺԻՆՆԵՐԻ
ՖԻԲՐՈՍԿՈՊԻԱՆ ՓՈՐՁՈՒՄ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱՅՈՒՄ

Ա մ փ ն փ ն ի մ

60 շների և մարդկանց 30 դիակների վրա արտաքին լծերակի միջոցով կատարված է արտի աջ բաժինների կարդիոֆիբրոսկոպիա՝ նկարահանումով: Այս մեթոդը օբյեկտիվորեն և ճիշտ է արտացոլում միջնախորտային միջնապատի և տրիկուսպիդալ ժականի պաթոլոգիան և կարող է օգտագործվել որպես ինքնուրույն մեթոդ:

G. N. Marouschenko, Ya. P. Koulik

Fibroscope of the Vena Cava Superior and Right Sections of the
Heart Through the External Jugular Vein in the Experiment
and in Clinic

S u m m a r y

In experiments on 60 dogs and 30 cadavers of men cardiofibroscope of the heart right sections has been conducted through the external jugular vein. This method reliably reflects the pathologies of interatrial septum and tricuspid valve and may be used as an independent method.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иоффе И. Я., Колосков В. Г. Клиническая хирургия, 1979, 7, 60—61.
2. Кузин М. И., Арапов А. Д., Саргин М. Е. Советская медицина, 1979, 8, 94—97.
3. Carlens E., Silander T. Surgery, 1961, 49, 622—624.
4. Carlens E., Silander T. J. Cardiovasc. Surgery, 1963, 4, 512—515.
5. Citron P., et al. Chest., 1978, 73, 2, 193—197.
6. Lorell B. et al. Amer. J. Cardiol., 1978, 42, 1, 143—146.
7. Mason J. W. Amer. J. Cardiol., 1978, 41, 5, 887—892.
8. Olsen E. G. Brit. Heart J., 1978, 40, 2, 95—98.
9. Ferrans V. J., Roberts W. C. Amer. J. Cardiol., 1978, 41, 5, 965—961.

УДК 616.13/132—089.844.169.1—06

Б. Л. ГАМБАРИН

АНЕВРИЗМЫ АНАСТОМОЗОВ И ТРАНСПЛАНТАТОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АОРТЕ И АРТЕРИЯХ

Аневризмы анастомозов протезов с аортой и артериями или самих трансплантатов являются относительно редким осложнением реконструктивных операций на аорте и магистральных артериях [1, 2, 4, 5].

Различают аневризмы анастомозов самих синтетических протезов, чаще вязанных, независимо от вида синтетического материала и намного реже встречаются аневризмы венозных трансплантатов [3].

Мы располагаем клиническими наблюдениями за 18 больными, у которых имелись 22 аневризмы анастомозов или трансплантатов, что составило 3% первичных реконструктивных операций. Среди других поздних осложнений на аорте и артериях частота аневризм по нашим данным составляет 12%.

Только в одном случае мы наблюдали аневризмы тканного синтетического протеза (причем множественные аневризмы одной бранши), все остальные аневризмы развились в местах анастомозов протезов с аортой (2 случая) и артериями.

Все больные перенесли первичные операции в возрасте до 60 лет. Это обстоятельство не должно указывать на преимущественное образование аневризм у лиц молодого возраста. Видимо, пациенты более зрелого возраста либо выпали из исследования, либо были оперированы в других учреждениях.

12 больных из 18 (67%) оперированы по поводу атеросклероза аорты и артерий, 6—по поводу артериита или смешанных форм поражения. 18 аневризм образовались в сроки от 1 до 2 лет после первичной операции и лишь 4—в сроки от 6 до 12 месяцев. Ни в одном случае инфекции протезов отмечено не было.

15 человек из 18 страдали стойкой артериальной гипертензией, которая по данным литературы способствует развитию аневризм. В 17 случаях из 22 во время первичной операции была выполнена эндартерэктомия из зоны развившейся аневризмы.

Как показали исследования, эндартерэктомия наиболее часто вы-