

1. Воробьев Л. П., Казюлин А. Н. Кардиология, 1983, 5, 83—86.
2. Голиков А. П., Баниев С. Б., Берестов А. А. и др. Кардиология, 1981, 12, 60—63.
3. Голиков А. П., Эстрин В. А., Пушкарь Ю. Т. и др. Кардиология, 1980, 3, 52—55.
4. Катюхин В. Н., Телиров А. А., Чурносое Е. В. Кардиология, 1981, 3, 36—40.
5. Обухова А. А., Линева Р. А., Бабонина О. Н. и др. В кн.: «Функциональная диагностика в пульмонологии и кардиологии». Казань, 1981, 11, 122.
6. Тищенко М. И., Смирнов А. Д., Данилов Л. Н. и др. Кардиология, 1973, 11, 54—62.
7. Тищенко М. И. Автореф. докт. дис. М., 1971.

УДК 616.131.3—089

Н. И. КРЕМЛЕВ, Р. Г. ХАЧАТРЯН

ВЫБОР МЕТОДА ЗАКРЫТИЯ НЕЗАРОСШЕГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА

Незаросший артериальный проток—наиболее часто встречающаяся аномалия развития сердечно-сосудистой системы, составляющая, по данным разных авторов, 6,2—25% от всех врожденных пороков сердца [1, 6, 7].

К настоящему времени в 90—95% случаев получены хорошие, непосредственные и отдаленные исходы операции при неосложненных формах изолированного незаросшего артериального протока [2, 3, 5]. Однако, несмотря на 45-летний опыт оперативного лечения незаросшего артериального протока, до сих пор ведется спор о методах закрытия протока—каждая кардиохирургическая школа пропагандирует свой метод, гарантируя его простоту, надежность и безопасность выполнения.

В институте патологии кровообращения МЗ РСФСР в период с 1960 по 1980 гг включительно произведено 1895 операций при изолированном незаращении артериального протока.

Закрытие артериального протока производилось методом лигирования, лигирования с прошиванием, лигирования на сосудистом протезе, ручным швом на зажимах Сатинского, многоскрепочными аппаратами и при выраженной легочной гипертензии—сужение протока.

Метод лигирования может быть применен лишь при протоке небольшого диаметра цилиндрической формы без воспалительного процесса его стенки, особенно у маленьких детей. К лигированию приходится прибегать и в тех случаях, если вокруг протока имеются плотные рубцовые изменения тканей, особенно в области легочной артерии, выделение которой становится крайне опасным. Тут необходимо ограничиться выделением аорты и протока и в целях предупреждения возможного кровотечения производить лигирование на сосудистом протезе. Таких операций в клинике произведено 286 (15,5% от общего чис-

ла операций), всего же лигирование протока осуществлено в 653 случаях, что составляет 34,46%. Летальных исходов было 8 (1,23% от числа перевязок и 0,4—от общего количества произведенных операций).

С момента появления в клинике многоскрепочных аппаратов, метода применения которых предложена Е. Н. Мешалкиным (1958), артериальный проток стал закрываться аппаратами УАП—20, УАП—30, а также УКЛ и УКС [4]. Из 1895 операций закрытия артериального протока многоскрепочные аппараты применены в 948 случаях, что составляет 50,73%, однако преимущество отдавалось УАП—20 и УАП—30, применение которых осуществлено в 823 (43,43%) случаях.

В результате 948 операций закрытия артериального протока было 9 летальных исходов (0,9% числа оперированных по данному методу и 0,4% от общего количества операций).

Ручной шов на зажимах Сатинского выполнен в 231 случае, что составляет 12,19% от общего числа операций. Летальных исходов 8 (3,45% от числа операций по указанному методу и 0,4—от общего количества).

После прошивания протока многоскрепочными аппаратами и его рассечения аортальная и легочная культя протока прошивались с целью предотвращения кровотечения атравматическими швами—отдельными П-образными, матрацным или обвивным с захлестом.

При изолированном незаросшем артериальном протоке, осложненном легочной гипертензией, производилось суживание протока на сосудистом протоке под контролем изменения гемодинамики и чаще на 2/3 диаметра протока. Первая операция суживания артериального протока при высокой легочной гипертензии в клинике произведена 6 января 1964 года проф. Е. Н. Мешалкиным. С 1967 года суживание артериального протока произведено в 63 случаях, что составляет 3,3% от общего числа оперированных с незаросшим артериальным протоком. Летальных исходов 11 (17,46%—выполненных по данному методу и 0,58%—от общего числа операций).

Не вызывает сомнений, что при любой операции на сердце и магистральных сосудах существует опасность возникновения тяжелых, иногда угрожающих жизни больного, осложнений. Эти осложнения могут возникнуть на любом этапе операции, при любом методе ее выполнения и в основном зависят от тяжести заболевания, патологических изменений сосудов и окружающих тканей и органов, а также от опыта и мастерства хирурга.

При оценке результатов закрытия незаросшего артериального протока различными способами основным показателем качества закрытия следует считать характер операционных и послеоперационных осложнений, а в отдаленные сроки на плохое качество операции указывает наличие аневризм и реканализация протока.

К настоящему времени накоплен большой опыт хирургического лечения незаросшего артериального протока, что дает возможность про-

водить анализ эффективности оперативного вмешательства в отдаленные сроки, дать объективную оценку методу закрытия, уточнить показания и противопоказания к операции в зависимости от различной степени нарушения гемодинамики.

Выводы

1. Метод лигирования в институте не является методом выбора при неосложненном незаращении артериального протока.

2. Ручной шов применяется в клинике в исключительных случаях, когда имеются затруднения при использовании других методик.

3. Методом выбора при закрытии неосложненной формы изолированного артериального протока считаем применение многоскрепочных аппаратов преимущественно УАП—20 и УАП—30 с прошиванием аортальной и легочной культи протока атравматическим швом.

4. Суживание артериального протока при легочной гипертензии и склеротических изменениях, особенно у взрослых больных, является в клинике методом выбора.

НИИ патологии кровообращения
МЗ РСФСР, г. Новосибирск

Поступила 17/1 1984 г.

Ն. Ի. ԿՐԵՄԼՅՎ, Ռ. Գ. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ԶՓԱԿՎԱՄ ԾՈՐԱՆԻ ՓԱԿՄԱՆ ՄԵԹՈՂԻ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ա Վ Փ Ն Փ Ն Ն Ն

Զիտակված զարկերակային ծորանի վիրարուժական բուժման վերաբերյալ կուտակված է մեծ փորձ կախված արյան շրջանառության խանգարման տարրեր աստիճանից:

N. I. Kremlyov, R. G. Khachatryan

The Choice of the Method of Closure of the Partially Closed Arterial Canal

S u m m a r y

The experience of the surgical treatment of the partially closed arterial canal is discussed, depending on the degree of hemodynamic disturbances.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бакулев А. Н., Мешалкин Е. Н. Врожденные пороки сердца. М., 1955.
2. Кутушев Ф. Х. Диагностика и лечение открытого артериального протока. М., 1962.
3. Колесов Л. П., Кутушев Ф. Х., Мишура В. И., Паламарчук Т. В. Грудная хирургия, 1965, 3.
4. Фуфин В. И. Дисс. канд. мед. наук. Новосибирск, 1961.
5. Джумадигов Ш. Д. Здравсохранение Киргизии, 1978, 5, 16—19.
6. Goss R. The surgery of infancy and childhood, Philadelphia, London, 1953.
7. Abbot M. Dtlus of congenital cardiol. disease, New York, 1936.