

Р. А. АХВЕРДЯН

О РАСШИРЕНИИ ОПЕРАТИВНЫМ ПУТЕМ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ИХ НЕПРОХОДИМОСТИ

Применение пластических операций для восстановления кровообращения в периферических артериях является одним из актуальных вопросов современной сосудистой хирургии.

В настоящее время эффективность восстановительных операций на крупных сосудах грудной и брюшной полостей не вызывает никаких сомнений [3, 5, 6, 7 и др.].

Такие вмешательства, как интимотромбэктомия, замена резецированного участка артерии трансплантатом, наложение обходного анастомоза, нашли свое широкое применение в клинической практике. Однако, несмотря на эти успехи, проблема пластики артерий, актуальность которой несомненна, в частности для сосудов с малым диаметром [2, 4, 7], пока еще далеко не разрешена. Невозможность восстановления кровотока в последних очень часто приводит к печальным исходам, ибо нарушение питания той или другой части органа при отсутствии хорошо развитых коллатералей заканчивается необратимым процессом в нем. По мнению А. Н. Филатова, положительный результат может быть получен только при расширении просвета этих сосудов после удаления пораженной интимы и тромба. Развивая эту мысль, он в 1958 г. предложил операцию расширения артерий при хронической артериальной непроходимости, вызванной облитерирующим атеросклерозом.

В настоящей статье обобщены результаты расширения артерий оперативным путем у 34 больных, которым операция расширения артерий была произведена на различных сосудах и при разной патологии.

В клинической картине у этой группы больных преобладали явления перемежающейся хромоты, боли при покое и воспалительные изменения в конечностях с трофическими расстройствами.

Наряду с общеклиническими методами обследования больные подвергались специальным исследованиям — ангиографии, термометрии, изучению функциональных расстройств и т. д.

Ангиографические данные являются основным подспорьем для осуществления любых восстановительных операций на сосудах, однако ангиографии, как правило, должно предшествовать всестороннее клиническое обследование больных, ибо нет смысла подвергать их напрасно этой процедуре, если общее состояние больных служит противопоказанием к оперативному вмешательству. Вначале оценивалось общее со-

стояние больных, а затем ангиографически изучались местные признаки артериальной недостаточности. Анализируя результаты обследования больного, следует всегда помнить, что патологический процесс, вызвавший непроходимость сосуда, часто является лишь местным проявлением общей болезни всего организма. Поэтому у большинства больных с сосудистой недостаточностью конечностей часто выявлялись изменения со стороны артериальных сосудов других систем и органов.

Наши наблюдения показывают, что операции расширения артерий лучше поддаются больные, у которых патологический процесс локализован преимущественно на ограниченном участке подвздошной, бедренной и подколенной артерий.

Изучение ангиограмм и ревизия артериальных стволов неоднократно убеждали нас в том, что патологический процесс стенки сосуда часто распространяется далеко за пределы тромба и облитерации. Это свидетельствует о том, что при описанной непроходимости артерий мы встречаемся с частным проявлением общего заболевания всего организма и всей сосудистой системы. Наши наблюдения показывают, что ограниченные тромбы и сегменты непроходимости чаще всего встречаются в области средней и нижней трети бедренных артерий (24 больных).

По возрасту наши больные распределялись: до 40 лет—8, до 50 лет—6, до 60 лет—16, до 70 лет и выше—4 человека. Из них у 19 больных отмечалось двустороннее поражение сосудов конечностей. Рентгенографическое исследование выявило непроходимость подвздошной артерии у 6 больных, верхней трети бедренной артерии—у 2, средней трети—у 10, нижней трети—у 14, подколенной артерии—у 1, плечевой артерии—у 1 больного.

Длина участка непроходимости колебалась от 3 до 30 см. На периферии больной конечности, как правило, наблюдалось понижение кожной температуры на 2—3°; время артериальной гиперемии достигало 2—3 мин.; время утомляемости при нагрузке—10—20 сек.; осциллографический индекс на голени был равен нулю.

Оценивая клинические данные, мы пришли к заключению, что причиной хронической непроходимости сосудов у больных служило сужение или тромбоз на почве облитерирующего процесса. Облитерирующий атеросклероз имелся у 29 больных, облитерирующий эндартериит—у 4 и тромбоз у 1 больного (подтверждено последующими гистологическими исследованиями).

Операция расширения артерии при сегментарном поражении сосуда облитерирующим процессом сводится к следующему: 1) вскрытие просвета артерии, 2) выделение и удаление пораженной интимы вместе с тромбом, 3) фиксация дистального отдела интимы, 4) восстановление стенки артерии.

В качестве примера приводим историю болезни одного больного.

Больной З., 58 лет. Поступил 15/XII 1961 г., выписан 22/I 1962 г. Клинический диагноз: облитерирующий атеросклероз правой нижней конечности. Жалуется на боли в правой нижней конечности при покое, быструю утомляемость.

зябкость, перемежающуюся хромоту. Болен два с половиной года. Принимал амбулаторное и санаторно-курортное лечение. Болеет сыпным тифом, малярией, в годы войны был контужен и отморозил пальцы стоп; курил. Общее состояние удовлетворительное. Обследование правой нижней конечности показало, что кожные покровы бледны, на ощупь стопа холодная. Пульсация определяется только на бедренной артерии. Коагулограмма без особых отклонений. Протромбиновый индекс равен 91%, время свертывания крови—6 мин., толерантность к гепарину—8 мин.

Рентгеноскопия грудной клетки: легочные поля умеренно эмфизематозны, корни легких тяжисты, диафрагма подвижна. Сердце умеренно увеличено влево за счет левого желудочка, сокращения неглубокие, тень аорты усилена. ЭКГ: горизонтальная электрическая позиция сердца, артериальное давление равно 130/70 мм рт. ст., пульс—72 удара в минуту. Ангиография правой бедренной артерии: определяется непроходимость нижней ее трети, подколенная артерия и артерии голени проходимы. 22/XII 1961 г. под эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом произведена операция расширения правой бедренной артерии, пластика стенки ее—тефлоновым протезом.

Проведен разрез по медиальной поверхности правого бедра в нижней трети и обнажена бедренная артерия. Обнаружен участок тромбоза на протяжении 5 см. Выше и ниже тромба прощупываются атеросклеротические бляшки, суживающие просвет артерии. Наложены резиновые держалки и кровоток в артерии перекрыт. Просвет артерии вскрыт на всем протяжении тромбоза. В дистальном направлении в просвет артерии введен резиновый катетер, через который в течение всей операции вводился раствор 0,85%-ного хлористого натрия с гепарином в разведении 1:100. После пересечения интимы произведено отслаивание тромба и интимы специальным инструментом—полукольцом. В проксимальном участке интима пересечена и удалена вместе с тромбом. Дистальный конец интимы фиксирован двумя П-образными швами к подлежащим слоям артериальной стенки. Рана артерии восстановлена путем пластического закрытия гофрированной тефлоновой тканью. Кровоток в артерии восстановлен. На всем протяжении отмечается отчетливая пульсация артерии. Рана зашита послойно, наложен дренаж.

Послеоперационное течение гладкое. При выписке явления артериальной недостаточности ликвидированы полностью. Осцилляторный индекс на бедре и голени восстановлен до нормальных цифр.

Пластическим материалом для восстановления стенки артерии служил синтетический (14 раз) и биологический (20 раз). В качестве биологического материала использовалась стенка подкожной вены бедра самого больного (19 раз) и быстрозамороженный в жидком азоте гомоартериальный трансплантат (1 раз).

Операция расширения артерии является фактором интероцептивно-го раздражения, приводит к возникновению множества рефлексогенных реакций, которые вызывают перестройку функционального состояния сосудистой системы с последующим длительным сосудо-расширяющим эффектом. У наблюдаемой группы больных, как мы неоднократно убеждались, несмотря на повторный тромбоз в области оперированного сегмента артерии, наступало улучшение функции оперированной конечности.

При множественной локализации облитерирующего процесса (23 раза) ампутация бедра произведена один раз на уровне дистальных отделов.

Анатомические результаты операции основывались на определении пульсации восстановленного участка артерии и степени перепада артериального давления выше и ниже пораженного участка артерии до и после операции. Эти результаты, надо отметить, во всех случаях были вполне удовлетворительными, что свидетельствует о правильном техническом выполнении оперативного вмешательства.

Более поздние анатомические результаты (табл. 1) в период пребывания больных в клинике основывались на определении пульсации сосудов дистальнее места операции.

Таблица 1

Анатомический результат	
Состояние оперированного участка сосуда	Результат операций
Проходим	22
Тромбирован	12
Всего	34

Наши клинические данные подтверждают, что совершенно отчетливая пульсация, которая определяется дистальнее места вмешательства, всегда говорит за сохранение проходимости в оперированном участке артерии. Пульсация артерий дистальнее места вмешательства нами определялась у 22 человек. Клинический результат операции расширения артерий был хороший у 22 больных, удовлетворительный — у 11 и без эффекта — у одного.

Из 34 оперированных больных при выписке из клиники непосредственное восстановление проходимости в области тромбированного участка артерии с полным исчезновением симптомов артериальной недостаточности наблюдали у 22 больных. У 12 больных анатомический результат был неудовлетворительный, так как в послеоперационном периоде не было достигнуто восстановления кровообращения. Основными причинами такого результата служили: распространение патологического процесса на дистальные сосуды, ухудшающее отток крови в периферическом направлении, недостаточная радикальность вмешательства, которая объяснялась распространенностью процесса, а у одного больного — ангиной в послеоперационном периоде.

Несмотря на это из 12 больных с непосредственно неудачным анатомическим результатом явное клиническое улучшение было отмечено у 11 больных, не было изменений только у одного.

Отдаленные результаты лечения наших больных мы еще не можем обобщить из-за малого срока, прошедшего после вмешательства.

На основании результатов лечения и наблюдения мы пришли к заключению, что операция расширения артерий является весьма перспективным методом лечения артериальной непроходимости и может полностью устранять явления артериальной недостаточности, восстановить трудоспособность больного.

В заключение можно сказать, что операция расширения артерии является восстановительной операцией, все чаще применяемой при вмешательствах на различных артериях небольшого диаметра. Клинический же эффект этой операции при наличии опыта и при удачном исходе настоль-

ко разителен, что привлекает к себе внимание все большего числа практических хирургов.

Хирургическая клиника Ленинградского
института переливания крови,
Клиника госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института

Поступило 26/III 1965 г.

Բ. Ա. ԱԽՎԵՐԴՅԱՆ

ՎԻՐԱՀԱՏՄԱՆ ՄԻՋՈՑՈՎ ՎԵՐՋՈՒՅԹՆԵՐԻ ԶԱՐԿԵՐԱԿՆԵՐԻ ԼԱՅՆԱՑՈՒՄԸ ՆՐԱՆՑ ԱՆԱՆՑԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Քննարկվում է 34 հիվանդների մոտ զարկերակի լայնացման վիրահատման արդյունքները, ինչպես նաև նման հիվանդների հետազոտման մեթոդիկան, դիագնոստիկան և վիրահատման տեխնիկան:

Հեղինակը հանգում է այն եզրակացության, որ ոչ մեծ լուծանքի զարկերակների անանցելիության կամ նեղացման ժամանակ նախադրված մար է կիրառել զարկերակների լայնացման վիրահատումը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Березов Ю. Е., Савельев В. С., Комаров Б. Д. Хирургия, 1964, II, стр. 16.
2. Геворкян И. Х. Тезисы докладов VIII пленума правления хирургического общества. 1964, стр. 14.
3. Де Беки М. Е., Кули Д. А., Кроуфорд Е. С. и др. Хирургия аорты и ее крупных периферических артерий. М., 1960.
4. Крылов В. С., Беличенко И. А., Киязев М. Д. Тезисы докладов VIII пленума правления хирургического общества, 1964, стр. 35.
5. Краковский Н. И., Золоторевский В. Я. Хирургия, 1962, II, стр. 24.
6. Петровский Б. В. Тезисы докладов VIII пленума правления хирургического общества, 1964, стр. 59.
7. Филатов А. Н., Карташевский Н. Г. Тезисы докладов VIII пленума правления хирургического общества, 1964, стр. 81.