ЛИТЕРАТУРА

1. *Баркаган З. С.* Геморрагические заболевания и синдромы. М., 1980.
2. *Давыдов В. А.* В кн.: О проблемах микроциркуляции (функция и структура). Тезисы 2-й Всесоюзной конференции. М., 1977, стр. 43.
3. *Дульцин М. С., Кассирский И. А., Раушенбах М. О.* Лейкозы. М., 1965.
4. *Малая Л. Т., Микляев И. Ю.* Микроциркуляция в кардиологии. Харьков, 1975.
5. *Малая Л. Т., Власенко М. А., Микляев И. Ю.* Врач. дело, 1975, 2, стр. 21.
6. *Маркосян А. А.,* Онтогенез системы свертывания крови. М., 1966, стр. 234.
7. *Погосян А. С., Блеян Г. Т., Степанян М. А.* Ж. экспер. и клин. мед. АН АрмССР, 1982, 5, стр. 424.
8. *Сидорова Л. Д., Архипов Б. Ф., Дегтярева М. М., Баркаган Л. З.* Тер. архив, 1981, 9, стр. 91.
9. *Serneri G. N., Gensini G. T., Gensini P. A.*—Acta haemat., (Basel), 1974, 52.
10. *Wasastjerna C., Domeshek W., Komninos L, D.*—Lab. clin. Med., 1954, 113, 98.
11. *Wasastjerna C., Domeshek W., Pisciotta A. V.*—Acta med. Scand., 1954, 148, 173.
12. *Harders H.*—Trans. Cong,. European SOC. haemat., Copenhagen, 1957, 184.
13. *Harders H,, Fensl F.*—Bibl. Anat., 1961, 1, 159.
14. *Comer P. B., Fred H. L.*—New Engl. J. Med,, 1964, 271, 544.
15. *Grink A. L., Gunahashi J., Robinson M. et al.*—Grans. Amer, Acad. Ophthal., 1964, 68, 301.

УДК 616.131.3—08

Н. И. КРЕМЛЕВ, Р. Г. ХАЧАТРЯН

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ОПЕРАЦИИ ЗАКРЫТИЯ НЕЗАРОСШЕГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА

Дан анализ осложнений, возникающих при операциях по поводу изолированного незаросшего артериального протока. Приведены рекомендации для снижения вероятности возникновения того или иного осложнения во время операции и в различные периоды послеоперационного течения.

В оценке оптимальности выбора варианта операции, а также технического ее выполнения важная роль отводится анализу осложнений, наступающих как во время операции, так и в ближайший и отдаленный послеоперационный периоды.

Наиболее частым и грозным осложнением является кровотечение, которое может возникнуть в операционный или послеоперационный период и привести к летальному исходу, на что указывает ряд авторов [4, 6, 8—10, 14]. Кровотечение может возникнуть на любом этапе операции и зависит в основном от тяжести гемодинамических нарушений в организме больного, патологических изменений сосудов и окружающих их органов и тканей, а также от опыта и мастерства оперирующего хирурга. Осложнения могут возникнуть непосредственно после благополучного проведения операции еще на операционном столе, в первые часы или несколько суток после операции. Операционные осложнения при закрытии незаросшего артериального протока, по данным разных авторов [1—3, 15 и др.], встречаются от 1 до 10% слу-

чаев. О послеоперационных осложнениях при данном заболевании пишут многие авторы [1, 4, 10]. Летальность при хирургическом лечении неосложненного незаросшего артериального протока колеблется в пределах 0,9%.

В клинике Института патологии кровообращения МЗ РСФСР за период с 1960 по 1980 г. произведено 1895 операций по поводу изолированного незаросшего артериального протока, при этом осложнения имели место в 96 (5,76%) случаях. Наиболее частым осложнением было кровотечение во время операции и в разные сроки послеоперационного периода (на нашем материале в 50 (2,63%) случаях), процент же летальных исходов при этом достиг 16—32 от числа всех кровотечений и 0,84 от общего количества операций. Кровотечение в большинстве случаев останавливали консервативными мерами или наложением дополнительного шва на кровоточащий участок. Приводим наше наблюдение.

1. Больная Я., 4 лет. Незаросший артериальный проток прошит аппаратом УАП-30 и рассечен. Через 4,5 часа после операции появились признаки внутриплеврального кровотечения. Реторакотомия: плевральная полость заполнена жидкой кровью и сгустками. Обнаружено кровотечение из аортальной культи протока. На кровоточащий участок наложен двухрядный обвивной шов. Дополнительно П-образные швы наложены на легочный конец протока. Кровотечение остановлено. Выздоровление.

2. Больной Х., 8 лет. Незаросший артериальный проток прошит аппаратом УАП-20. Произошел надрыв задней стенки протока—началось бурное кровотечение. Сердечная деятельность резко ухудшилась. Кровотечение удалось остановить дополнительными швами. Через 2,5 часа появились признаки внутриплеврального кровотечения. Реторакотомия: в плевральной полости жидкая кровь и сгустки. Кровотечение из аортальной культи протока. На кровоточащий участок наложен П-образный шов, после чего кровотечение усилилось. Пережата аорта. Наложен двухрядный обвивной шов. Выше места швов происходит разрыв стенки аорты. Аорта в месте повреждения в 2 этапа прошивается аппаратом УАП-20. Для укрепления шва аорта окутывается двухслойной полоской капрона, пропитанного раствором противостолбнячной сыворотки и хлористого кальция. Полоска капрона прошивается механическим швом с культей протока, концы полоски также прошиваются механическим швом. Кровотечение остановлено. Выздоровление.

3. Больной К., 12 лет. Незаросший артериальный проток прошит аппаратом УАП-20. Из легочной культи протока отмечается просачивание крови—наложен атравматический шов. Через 12 часов после операции появились признаки внутриплеврального кровотечения. При ревизии отмечено отсутствие герметичности скрепочного шва на аортальном конце протока. Аорта отжата зажимом Сатинского. Центральнее скрепочного шва на культю наложен обвивной шов. Кровотечение остановлено.

В 32 случаях внутриплевральное кровотечение наблюдалось во время операции, 18—в различные сроки после операции—от 2,5 до 30 часов.

Следующим после кровотечения грозным осложнением является сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность. В 16 случаях от общего числа операций (0,84%) это осложнение закончилось летальным исходом, причем у 8 больных с легочной гипертензией. В 7 случаях наблюдалась послеоперационная пневмония (0,36%), закончившаяся в 4 случаях летальным исходом. Нагноение послеоперационной раны встретилось в 6 случаях (0,31%), хилоторакс—в 3 (0,15%), парез возвратного нерва—в 6 (0.31%) и отек гортани—в 3 (0,15%), из коих один случай (0,05%) закончился летальным исходом.

Летальные исходы наблюдались в 34 (1,73%) случаях от общего числа операций, из них при суживании протока—в 11 (0,58%), при за-

крытии УАП-20 и УАП-30—в 5 (0,26%), при применении ручного шва—в 9 (0,47%), при лигировании протока—в 3 (0,15%), при перевязке протока на сосудистом протезе—в 4 (0,21%) и при применении других многоскрепочных аппаратов—в 9 (0,47%) случаях.

Для предупреждения возникновения того или другого осложнения во время операции и в различные периоды послеоперационного течения мы рекомендуем соблюдение следующих условий. 1. Предоперационная подготовка должна включать в первую очередь санацию всех очагов инфекции, подготовку трахеобронхиального дерева, максимально возможное купирование всех имеющихся осложнений и сопутствующих заболеваний. 2. Необходим соответствующий доступ к артериальному протоку, выделение аорты и легочной артерии с подведением под них резиновых держалок для облегчения выделения протока, особенно его задней стенки, что уменьшит вероятность ее ранения. 3. Применение сосудистого протеза при закрытии или суживании артериального протока направлено на уменьшение возможности травматизации протока или прорезывания лигирующих швов, что способствует предупреждению опасности возникновения кровотечения. 4. Необходимо бережное отношение к тканям при выделении сосудов и наложении зажимов и сшивающих аппаратов, применение только тупоконечных инструментов для выделения сосудов.

Индивидуальный подход к выбору оптимального варианта операции с учетом анатомических взаимоотношений, отработка ведения операционного и послеоперационного периодов позволят до минимума снизить опасность операции и число осложнений.

НИИ патологии кровообращения, г. Новосибирск

Поступила 26/XII 1983 г.

Ն. Ի. ԿՐԵՄԼԵՎ, Ռ. Գ. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

ՉՓԱԿՎԱԾ ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ԾՈՐԱՆԻ ՄԻ ՔԱՆԻ ՏԱՐԲԵՐԱԿՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

ՈՄՖՀՄ ԱՄ արյան շրջանառության պաթոլոգիայի ինստիտուտի կլինիկայում անցկացված 1895 վիրահատություններից, որոնք կատարվել են մեկուսացված չփակված զարկերակային ծորանի դեպքում, նկատվել է բարդությունների 96 դեպք։

Աշխատանքում բերվում է այդ բարդությունների վերլուծությունը և ստույգ օրինակների վրա ցույց են տրվում ուղիները վիրահատության ժամանակ և հետվիրահատական շրջանում այս կամ այն բարդությունների հավանականությունը իջեցնելու համար։

N. I. KREMLEV, R. G. KHACHATRIAN

THE COMPLICATIONS OF DIFFERENT CLOSURE VARIATIONS IN UNCLOSED ARTERIAL CANAL.

Out of more than 1895 operations performed on isolated arterial ca-

nal in the clinic of the Blood Circulatory Pathology Institute of the Health Ministry R. S. F. S. R. 96 cases of complications were observed. This article analyzes these complications and suggests recommendations on concrete examples of the decreasing of possibilities of operative and postoperative complications.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Колесов А. П., Кутушев Ф. Х., Мишура В. И. Паламарчук Т. В.* Грудн. хирургия, 1965, 3, стр. 27.
2. *Королев Б. А., Титов Л. Б., Охотин И. К., Дынник И. Б.* В кн.: Хирургическое лечение болезней сердца и сосудов. М., 1965, стр. 175.
3. *Кремлев Н. И.* Дисс. докт. Томск, 1969.
4. *Кутушев Ф. Х.* Диагностика и лечение открытого артериального протока. М., 1962.
5. *Мешалкин Е. Н.* В кн.: Тр. IX съезда хирургов УССР. Киев, 1960, стр. 473.
6. *Мешалкин Е. Н., Медведев И. А.* В кн.: Тр. I съезда хирургов Российской федерации. Л., 1959, стр. 524.
7. *Петровский Б. В., Соловьев Г. М.* Хирургия аорты и магистральных сосудов. М., 1964.
8. *Петровский Б. В., Кешишева А. А.* Хирургическое лечение открытого артериального протока. М., 1962.
9. *Углов Ф. Г.* Грудн. хирургия, 1959, 3, стр. 39.
10. *Углов Ф. Г., Пуглеева В. П., Яковлева А. М.* Осложнения при внутригрудных операциях. Л., 1966.
11. *Фуфин В. И.* Дисс. канд. Новосибирск, 1961.
12. *Glen W.* et al. Ann. Sarg., 1956, 143, 4.
13. *Greer A.* et al. Thor. Cardiovasc. surg., 1962, 43, 5.
14. *Owens J.* Soc. Int. chir., 1962, 3, 17, Swan 4.
15. *Antonius N.* et. al. J. Thoracic surg., 1956, 31, 3.

РЕФЕРАТЫ

УДК 616.89—008.481—053.2—085.213

М. Г. ЕГИЯН

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРАКТИВНЫХ ДЕТЕЙ НООТРОПИЛОМ И ЭНЦЕФАБОЛОМ

Под наблюдением находилось 62 больных (46 мальчиков и 16 девочек) в возрасте от 7 до 11 лет, основной причиной для стационирования которых явился синдром гиперактивности. Из них у 26 был установлен диагноз: синдром расторможенности на органически неполноценном фоне (аналогичен диагноз ММД с гиперактивностью), у 21— диагноз: синдром расторможенности у олигофрена (умеренная дебильность), а у остальных 15 больных с гиперактивностью нозологическая принадлежность не была установлена.

В однородных группах по 30 и 32 больных исследовались препараты ноотропил и энцефабол. Ноотропил назначался в дозе 1600 *мг*/сут.