

Вестн. хир., 1965, 5.—5. Шалимов А. А., Доценко Б. М. Тез. докл. VIII научн. сессии Ин-та сердечно-сосудистой хир. АМН СССР, 1964.—6. Linton R. R., Daarling R. C. Surg., 1962, 51, 1, 63—73.—7. Bragards L. C. Chir. Nederland, 1960, 12, 209—216.

УДК 616.13—089

## АЛЛОПЛАСТИКА АРТЕРИЙ

Г. А. Измайлова

Хирургическое отделение республиканской больницы (главврач — Н. Я. Назаркин)  
Мордовской АССР

В последние годы хирурги все чаще стали встречаться с различными сужениями магистральных сосудов, вызванными атеросклерозом, облитерирующими эндартеритом, облитерирующим тромбангиитом и др. заболеваниями. Специальные крупные лечебные учреждения не в состоянии обслужить всех больных с указанными заболеваниями, поэтому приобретает особый интерес организация их лечения в периферических больницах.

Осуществленные нами восстановительные операции на кровеносных сосудах при тромбоэмбологических заболеваниях, атеросклеротических окклюзиях, облитерирующем эндартерите и др. перечислены в табл. 1.

Таблица 1  
Восстановительные операции на различных сосудах

Характер сосудистой патологии	Число больных	Методы восстановительных операций				
		боковой и циркулярный шов	шов с заплатой	протезирование	шунтирование	другие методы
Артериальные эмболии и тромбозы . . . . .	12	4	1	5	1	1
Окклюзии артерий (облитерирующий атероэндартрит и др.) . . . . .	8	—	7	—	—	1
Артериовенозные свищи . . . . .	7	3	1	1	—	2
Ранения сосудов . . . . .	5	3	—	2	—	—
Синдром верхней полой вены . . . . .	2	—	—	—	1	1
Тромбоз правой наружной подвздошной вены . . . . .	1	—	—	—	1	—

Чаще всего встречались тромбэмболии аорты и ее крупных ветвей. У этих больных мы старались своевременно произвести щадящую операцию — тромбэмболэктомию с наложением бокового шва.

У 5 больных ввиду невозможности выполнения тромбэмболэктомии мы прибегли к протезированию сосудов, причем у 4 — к аллопластике сосудистыми протезами из капрона и лавсана. Капроновые гладкие протезы (из-за отсутствия других) применялись нами для протезирования подколенной артерии, когда стопа находилась в прегангрипнозном или гангренозном состоянии. У всех оперированных на 3—10—17-е сутки происходило тромбирование протеза, однако за это время успевали в какой-то степени развиваться коллатерали и становилось возможным ограничиться более низкими и экономическими ампутациями.

Гофрированные, вязаные и тканые лавсановые протезы Ленинградской и Каунасской фабрик были применены у 2 больных с тромбэктомией правой наружной подвздошной артерии. У 1 больного наступило тромбирование аллотрансплантата на 12-й день после операции. Другой больной был выписан на 30-й день с функционирующим трансплантатом. Первый больной осмотрен через 8 месяцев после операции. Мышицы правой ноги заметно атрофированы, при ходьбе больной быстро устает. От предложенной ему повторной операции отказался.

Наилучшие отдаленные результаты получены после тромбэмболэктомии, выполненной через разрез сосуда дистальнее тромба или эмболя с наложением бокового, циркулярного шва или шва с аллозаплатой, а также после протезирования бедренной артерии собственной глубокой веной бедра в комбинации с аллопротезом или без него.

Больные с тромбэмболиями в послеоперационном периоде в течение 16—18 дней получали массивные дозы гепарина в сочетании с дикумарином под постоянным контролем свертываемости крови по Mac — Магро (через каждые 4 часа), протромбинового индекса (2 раза в неделю) и микроскопии осадка мочи (ежедневно). Время свертываемости крови у них увеличивалось в 2—3 раза по отношению к норме.

По поводу окклюзий терминальной аорты и ее крупных ветвей произведено 8 операций, из которых 7 — с наложением заплатки из лавсановой ткани в сочетании с интимотромбэктомией или без нее. Первая операция интимотромбэктомии с наложением заплатки привела к тромбозу правой общей подвздошной артерии из-за недостаточности фиксации периферического конца интимы к остальным слоям сосудистой стенки; наступил заворот интимы и закрытие просвета артерии с последующим тромбозом, несмотря на применение антикоагулянтов.

Длительное пережатие абдоминального отдела аорты ниже почечных артерий во время операции приводило у ряда больных к резкому повышению АД (на плечевых артериях до 240 мм), что вызывало нарушение фильтрационной способности почечных канальцев. Первые дни послеоперационного периода у этих больных сопровождались выраженной полиуреей с низким удельным весом мочи. Поэтому у некоторых больных была вызвана искусственная артериальная гипотония путем капельного введения раствора пентамина.

Шунтирование при синдроме верхней полой вены и тромбозе правой наружной подвздошной вены производилось аутовеной. У первого больного был наложен сафено-подключичный анастомоз, у второго произведена операция Пальма. Применились большие дозы гепарина. Ближайшие результаты вполне удовлетворительные.

В предупреждении тромбоза оперированного сосуда или протеза большое значение принадлежит технике шва. Лучшим является общизвестный ручной непрерывный сосудистый шов через край, накладываемый атравматическими иглами. Из-за отсутствия последних мы использовали тонкие круглые хирургические иглы с тонким катроном.

## ВЫВОДЫ

1. При восстановительных операциях на сосудах аллопластика протезами отечественного производства дает относительно хорошие результаты только на крупных артериях (до бедренных и плечевых). На мелких артериях при протезировании и шунтировании лучше применять, по-видимому, аутотрансплантацию.

2. Достаточно эффективно расширение просвета артерий путем наложения пластмассовых заплаток, особенно при окклюзиях небольшой протяженности на крупных сосудах.

3. Целесообразно организовать специализированные отделения при республиканских больницах, оснастив их современным оборудованием, контрастными веществами.

УДК 616—007.272—616.13

## ПОКАЗАНИЯ К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*И. И. Стрельников*

*Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. Г. Л. Ратнер)  
Куйбышевского медицинского института*

Лечение больных острой артериальной непроходимостью (спазм, острый тромбоз, эмболия) до настоящего времени остается одной из сложных и неразрешенных проблем в сердечно-сосудистой патологии. Точки зрения исследователей в этом вопросе расходятся: одни (Б. П. Кушелевский, А. В. Миклашевская, А. Л. Мясников, Г. В. Андреенко, Е. И. Чазов и др.) придерживаются тактики консервативного лечения, другие (З. В. Огоблина, 1955; Г. Л. Ратнер, 1963; Б. В. Петровский и сотр., 1965; Н. Найтович, 1960; I. Cranley, 1964, и др.) глубоко убеждены в преимуществе оперативного лечения (тромб- или эмболэктомия) в сочетании с применением антикоагулянтов, фибринолизина, спазмолитических и ганглиоблокирующих средств.

Нами изучены 120 историй болезней больных с острой непроходимостью периферических артерий и аорты. 75 чел. лечились антикоагулянтами, у 45 осуществлено оперативное удаление тромба или эмбола. Методика консервативного лечения заключалась в следующем. По установлении диагноза артериальной непроходимости сразу же определяли время свертываемости крови больного и начинали лечение гепарином (внутриенно через каждые 4 часа по 5000—10000 ед.). В тяжелых случаях гепарин вводили еще и внутриартериально 1—2 раза в сутки. Время свертываемости крови определяли перед каждым введением гепарина и поддерживали на уровне 18—22 мин. по Mac —