

АЛЛОПЛАСТИКА АРТЕРИЙ

Г. А. Измайлов

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

В последние годы хирурги все чаще стали встречаться с различными сужениями магистральных сосудов, вызванными атеросклерозом, облитерирующим эндартериитом, 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 тромбозоболитических заболеваниях, атеросклеротических окклюзиях, облитерирующем эндартериите 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 метод
Артериальные эмболии и тромбозы	12	4	1	5	1	1
Окклюзии артерий (облитерирующий атерозендартериит 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 — тромбэмболектомию с наложением бокового шва.

У 5 больных ввиду невозможности выполнения тромбэмболектомии 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 прегангренозном или гангренозном состоянии. У всех оперированных на 3—10—17-е сутки происходило тромбирование протеза, однако за это время успевали в какой-то степени развиться коллатерали и становилось возможным ограничиться более низкими и экономными ампутациями.

Гофрированные, вязанные 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. Мышцы правой ноги заметно атрофированы, при ходьбе больной быстро устает. От предложенной ему повторной операции отказался.

Наилучшие отдаленные результаты получены после тромбэмболектомии, выполненной через разрез сосуда дистальнее тромба или эмбола 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.

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.

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

ВЫВОДЫ

ВЫВОДЫ

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

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. Андрееко, Е. И. Чазов и др.) придерживаются тактики консервативного лечения, другие (З. В. Орлоблина, 1955; Г. Л. Ратнер, 1963; Б. В. Петровский и сотр., 1965; Н. Haimovici, 1960; I. Cranley, 1964, и др.) глубоко убеждены в преимуществе оперативного лечения (тромб- или эмболектомия) 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 (внутривенно через каждые 4 часа по 5000—10000 ед.). В тяжелых случаях гепарин вводили еще и внутриаптериально 1—2 раза в сутки. Время свертываемости крови определяли перед каждым введением гепарина и поддерживали на уровне 18—22 мин. по Мас —