

К вазуистике шва „кровеносных сосудов“.

Др И. И. Садовский (Алма-Ата).

Операция сосудистого шва является до настоящего времени операцией редкой, в особенности на некоторых сосудах. Это в свою очередь служит причиной нашего малого опыта и затруднительности, на основании малого имеющегося материала, установить точные границы показаний для операции сосудистого шва и выяснить его преимущества перед перевязкой сосудов.

Поэтому и теперь остается в силе пожелание, высказанное проф. Опокиным в его „Хирургии военно-полевых ранений“, о необходимости опубликования встречающихся в практике хирургов случаев наложения сосудистого шва и подробного описания показаний и техники его наложения. Это и побудило меня поделиться своими случаями.

В ночь с 3/III на 4/III 1933 г. был доставлен б-ной О-ка, который незадолго до поступления получил огнестрельное ранение в левую подключичную область. По словам больного, тотчас после ранения, он не в состоянии был владеть рукой и она свисала как плеть. Кровотечение было небольшое: но вскоре и уже к времени поступления в б-цу у б-ного начались сильные боли в руке.

При поступлении в б-цу б-ной был очень бледен, в состоянии значительного нервного потрясения. Спереди под ключицей, пальца на 1—1½ книзу от середины ее, небольшое входное пулевое отверстие, выходное—сзади, прободающее лопатку ниже ее гребня. Из выходного отверстия сочилась кровь. Подключицей, расширяясь на подмышечную область, имеется большая опухоль, туго-эластической консистенции, сглаживающая контуры и очертания ключицы. Пульс на art. radialis левой руки прощупывается весьма слаб, против удовлетворительного наполнения пульса на правой руке. Рука беспомощно свешивается, плечо больной держит опущенным; движения руки при перевязке причиняют б-ному боль.

Невропатолог (д-р Каменецкий) отметил: паретическое состояние всей левой руки, кожные гипертерзии в области верхнего отдела плеча и отчасти верхней трети предплечья. Поняжение всех видов рефлекторной возбудимости. Общая нервность, аффективная неустойчивость, повышение эмоциональной возбудимости.

К утру 4/III опухоль у б-ного увеличилась; появились подкожные кровоподтеки в подключичной, надключичной и подмышечной областях, а также и под кожей левой плечевой области. Боли резко усилились. Пульс в art. radialis не прощупывался.

Под общим эфирным наркозом была произведена операция обнажения сосудисто-нервного пучка в подключичной области. Доступ к пучку—путем остеопластического обнажения подключичной области по Рейху с резекцией средней 1/2 ключицы. Мягкие ткани по пути к сосудисто-нервному пучку оказались интенсивно инфильтрированными кровью, приобрета не свойственную им значительную толщину. Пластины шейных апоневротических фасций превратились в рыхлые насыщенные кровью слои. По отыскании сосудисто-нервного пучка, на подключичную артерию выше и ниже пулевого канала наложены зажимы. Соответственно каналу прохождения пули в тканях, на верхней половине артерии обнаружено прободное отверстие размером в половину просвета артериального ствола. В среднем вторичном стволе плечевого сплетения (лучевой и аксиллярный нервы) оказалась прободная, расщепляющая волокна нерва щель, длиной около 1 см. На отверстие в стенке артерии наложен поперечный шов; резецированный кусок ключицы проволочными швами пришит на свое место. Кожная рана зашита наглухо на всем протяжении, кроме нижнего угла внутреннего продольного разреза, куда вставлена марлевая полоска для стока кровянистого отделяемого раны. В послеоперационном периоде—удаление турунды на третьи сутки; гладкое заживление; швы сняты на 8-й день.

Обращаясь к разбору данного случая, прежде всего хочется остановиться на показаниях к оперативному вмешательству. О ранении подключичной артерии, осложненным повреждением одной из ветвей плечевого сплетения, было ясно с момента

моступления 6-ного в 6-цу. Быстрое увеличение туго-эластической опухоли в подключичной области, обширные кровоизлияния в окружающие ткани, резкая болезненность, испытываемая больным, и отсутствие пульса лучев. артерии заставляли предполагать, что продолжается выделение крови из поврежденного сосуда в окружающие ткани.

Эти соображения заставили меня склониться к мысли о необходимости немедленного оперативного вмешательства с целью прекращения тем или иным способом кровотечения из подключичной артерии.

При выборе метода обнажения сосудисто-нервного пучка, я остановился на обнажении подключичной области по Рейху.

По мере приближения к месту ранения артерии, были приняты меры предосторожности против возможного кровотечения; предполагавшееся место ранения было прижато тампоном и, по обнажении артерии и освобождении ее от клетчатки, проксимально и дистально от места повреждения с целью временной остановки кровотечения были наложены оказавшиеся под рукой обыкновенные кишечные зажимы. Тампон, зажимающий отверстие, убран и из раневого отверстия удален обнаруженный в нем довольно плотный красный тромб.

Принимая во внимание наличие большого кровоизлияния в окружающие ткани, я решил наложить сосудистый шов.

Во время самого наложения шва наложенные ранее провизорно 2 кишечных зажима оказались несостоятельными; они при манипуляциях на артерии соскальзывали с нее. Пришлось наложить оказавшиеся под рукой зажимы Микучича с зубцами на конце, причем зубцы, располагаясь за сосудистым стволом, отлично удерживали сосуд от выскалзывания, несмотря на то, что, в целях предупреждения от раздавливания стенки сосуда, бранши зажимов были сомкнуты только на первый зубец кремальеры. Захваченная таким образом артерия позволяла производить на ней необходимые при наложении шва манипуляции, сближать края раны друг с другом и повертывать артерию, по мере наложения швов, вокруг ее продольной оси.

Большинство авторов считает, что наложение обычных кровоостанавливающих зажимов на стенку сосуда является слишком травматичным для нее и советует обтягивать бранши зажима тонкой резиновой трубкой или накладывать зажим на сосуд сквозь тонкую марлевую прокладку.

По снятии зажимов после наложения швов, я мог убедиться в немедленном восстановлении нормального вида стенки наполнившейся кровью и пульсирующей на глазах артерии.

Рана сосуда занимала около $\frac{1}{2}$ окружности.

Некоторые авторы советуют при наложении сосудистого шва захватывать все три слоя сосудистой стенки для достижения более совершенного взаимного соприкосновения интимы, со стороны которой, главным образом, и раньше всего исходят регенеративные процессы, ведущие к заживлению сосудистой стенки.

Меня удержало от наложения швов через всю стенку опасение вызвать перегиб и сужение просвета артерии.

Результатом операции явилось то, что сразу после нее у больного прекратились боли в руке, так как прекратилось давление изливающейся крови на плечевое сплетение.

Правда, пульс на art. radialis не восстановился ни сразу после операции, ни спустя 6 месяцев после нее, однако рука не имела ни отека, ни цианотичного вида, отличаясь лишь незначительным побледнением. Это последнее обстоятельство—отсутствие пульса я склонен объяснить продолжением красного асептического тромба из art. subclavica, откуда он был мной при операции извлечен,—ниже в art. subaxillaris.

Случай второй. Больному М., 16 лет, в 6-це Турксиба в Алма-Ата производилась операция секвестротомии по поводу хронического остеомиелита бедренной кости с наличием секвестра. Под общим эфирным наркозом разрез по внутренней стороне бедра в нижней $\frac{1}{3}$ его через бывшие здесь свищи. При тупом отодвигании тканей в верхнем углу раны, с целью получения большого доступа к секвестру, произведен продольный надрыв впаянной здесь в рубцы art. femoralis у выхода ее из Hunter'ова канала. На рану артерии, оказавшуюся длиной около 1 сантиметра, наложен непрерывный шов тонкой трехгранной иглой, ниткой № 40, употребляемой для лигирования подкожных сосудов. Секвестр удален через соответствующий разрез по наружной стороне бедра. Рана на внутренней стороне су-

жена швами в верхней ее половине над зашитым поврежденным сосудом. В нижний угол раны на месте бывших свищей вставлен тампон. Нога уложена в пину.

Непосредственно после операции пульс на *art. dorsalis pedis* и *art. tibialis* не прощупывался. В следующие дни, начиная со второго, он прощупывался совершенно отчетливо. Нога имела нормальный вид, на ощупь теплая.

16/IX перевязка; смена тампонов. После этого перевязки ежедневно. 19/IX спустя 6 часов после перевязки, в ране началось значительное кровотечение. Тотчас наложен жгут. Экстренная операция; под общим сфирным наркозом перевязана *art. femoralis* у места выхода из Hunter'ова канала. Нога после перевязки оставалась теплой. В течение первых двух суток небольшой цианоз под ногтями, который затем исчез.

27/IX больной начал ходить. Никаких расстройств со стороны конечности не отмечается.
