

ОПЕРАЦИИ ОБХОДНОГО АУТОВЕНОЗНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ОККЛЮЗИОННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ БЕДРЕННЫХ И ПОДКОЛЕННЫХ АРТЕРИЙ

Канд. мед. наук Б. Т. Аксенов

Клиника хирургии факультета усовершенствования врачей (зав.— проф. И. Л. Ротков) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Реферат. Проанализированы исходы 89 операций обходного шунтирования реверсированной аутовеной при окклюзиях бедренных и подколенных артерий. Ближайшие результаты признаны хорошими и удовлетворительными у 84% больных, отдаленные — у 64%. Причиной непосредственных плохих результатов являются технические погрешности и инфекция, ухудшение отдаленных результатов связано с прогрессированием основного заболевания и неоправданно расширенными показаниями к операциям. Большая подкожная вена в большинстве случаев является вполне пригодной для шунтирования.

Ключевые слова: бедренная, подколенная артерии, окклюзия, шунтирование аутовеной.

Библиография: 2 названия.

Реконструктивные операции при окклюзионных поражениях бедренных и подколенных артерий представляют одну из сложных проблем восстановительной хирургии периферических сосудов. В последние годы многие хирурги отдают предпочтение операциям аутовенозного шунтирования, обеспечивающим наиболее благоприятные исходы лечения [1, 2].

В нашей клинике в 1972—1979 гг. выполнено 89 операций обходного шунтирования 84 больным с окклюзионными поражениями бедренных и подколенных артерий (у 5 больных операции были произведены на обеих нижних конечностях). Больные были в возрасте от 18 до 74 лет. У 19 пациентов основному заболеванию сопутствовала гипертоническая болезнь, у 6 — хроническая ИБС, у 8 — язвенная болезнь, у 6 — диабет, инсульт и 6 больных перенесли инфаркт миокарда.

Отбор больных производили на основании клинических данных и результатов ангиографии. Показаниями к операции были перемежающаяся хромота (II стадия) — у 62 больных, ишемические боли в покое (III стадия) — у 12, та же клиническая картина с наличием трофических язв или гангрены пальцев стопы (IV стадия) — у 15.

Для определения протяженности поражения всем больным производили ангиографию конечности. Большое значение придавали определению состояния дистального артериального русла и особенно подколенной артерии, с которой формируется дистальный анастомоз. Ангиографией подтверждено более частое поражение атеросклерозом проксимального отдела подколенной артерии, располагающегося на снимке выше щели коленного сустава, по сравнению с ее дистальным отделом. На этом основании предпочтительным местом формирования сосудистого анастомоза следует считать дистальный отдел подколенной артерии.

Проксимальный сосудистый анастомоз мы стремились накладывать с общей бедренной артерией для получения более мощного кровотока в шунт [1]. При выраженном утолщении стенки артерии, затруднявшем наложение анастомоза, производили локальную эндартерэктомию общей бедренной артерии, а также устья глубокой артерии бедра. Такие эндартерэктомии произведены 24 больным. При коротких обходных шунтах, а также при неадекватном диаметре аутовенозного трансплантата проксимальный анастомоз накладывали с поверхностной бедренной артерией.

Для шунтирования в подавляющем большинстве случаев использовали большую подкожную вену этой же конечности. Вену выделяли через 3—4 отдельных разреза по ее ходу на бедре и голени. Длина шунта составляла от 12 до 54 см. Короткие шунты накладывали при небольших по длине окклюзиях артерий, длинные — при обширной окклюзии артерий. Шунт от общей бедренной до дистального отдела подколенной артерии был наложен 43 больным, от общей бедренной до проксимального отдела подколенной артерии — 27, от поверхностной бедренной до дистального отдела подколенной артерии — 3, от поверхностной бедренной до проксимального отдела подколенной артерии — 12, от общей бедренной до задней и передней берцовых артерий — 4 больным.

Диаметр венозного трансплантата играет большую роль в создании сильного кровотока в конечность. У большинства больных большая подкожная вена была вполне

пригодной по размерам для шунтирования, но иногда ее дистальный отдел был мал по диаметру для получения такого кровотока. В этих случаях мы вшивали дополнительный шунт из вены, взятой из другого бедра, на суженном участке вены или производили эндартерэктомию проксимального отдела поверхностной бедренной артерии и накладывали проксимальный анастомоз с более широким по диаметру участком венозного шунта [2]. У ряда больных, у которых имелось по две большие подкожные вены на одном бедре, использовали для шунтирования обе эти вены.

У 5 больных большая подкожная вена оказалась непригодной для шунтирования: у 3 из-за ее малого диаметра на всем протяжении, у 1 из-за ее облитерации и у 1 вследствие варикозного расширения и истончения ее стенки, разорвавшейся в нескольких местах после ее гидростатического растяжения. Этим больным были наложены обходные шунты сосудистыми протезами.

Результаты операции оценивали как хорошие, если пульсация артерии на стопе восстанавливалась и исчезали все клинические проявления болезни, как удовлетворительные — если улучшалась гемодинамика в оперированной конечности, но пульсация артерий на стопе не определялась; неудовлетворительными считали результаты лечения у больных, у которых наступал тромбоз шунта с сохранением имевшихся клинических проявлений заболевания или с выраженным ухудшением гемодинамики в оперированной конечности.

Хорошие и удовлетворительные результаты в ближайшем послеоперационном периоде получены у 84% больных. Однако у 12 больных наступил тромбоз шунта, у 4 из них пришлось прибегнуть к ампутации бедра или голени. У этих больных сразу после операции или через несколько дней после нее отмечалось похолодание стопы и голени, появлялись ишемические боли в стопе. Проведение интенсивной терапии, а также повторные операции с попытками восстановить кровоток и спасти конечность не дали эффекта. Основными причинами неудач были технические погрешности, высокое периферическое сопротивление в сосудах голени при далеко зашедшем атеросклерозе и развившаяся инфекция в послеоперационном периоде. У 5 из этих 12 больных были погрешности в технике операции, заключавшиеся в ранении большой подкожной вены при ее выделении, перегибах вены у анастомозов, сужении вены при перевязке ее ветвей и у анастомозов. У 4 других больных был далеко зашедший атеросклероз, вызвавший поражение подколенной артерии и начальных отделов передней и задней берцовых артерий. Анастомоз накладывали с задней или передней берцовой артериями. 2 пациента после операции умерли: один, 67 лет, — от тромбэмболии легочной артерии, другой, 44 лет, — от обширной двусторонней пневмонии.

Обследование на отдаленных сроках выявило у 53 больных из 83 хорошие и удовлетворительные результаты (64%) и у 30 — неудовлетворительные (36%). Все 11 ампутаций конечности были выполнены в течение первого года после операции. Причиной тромбоза шунтов и в более отдаленном периоде (до 1 года) являются технические погрешности и неоправданное расширение показаний к операции. В более поздние сроки основной причиной ухудшения результатов является прогрессирование основного заболевания, при котором происходит поражение как дистального, так и проксимального артериального русла.

ЛИТЕРАТУРА

1. Darling R. C., Linton R. R., Razzuk M. A. Surgery, 1967, 61, 1. —
2. Linton R. R., Wilde W. Z. Ibid., 1970, 67, 234.

Поступила 29 апреля 1980 г.

УДК 617.58:616.13—002.18—089

ОПЕРАТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ТРОМБАНГИИТОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В. Н. Медведев

Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав.— заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. Н. П. Медведев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Описана техника операции для хирургического лечения облитерирующего тромбангиита нижних конечностей. Прооперировано 42 больных со II, III и IV стадиями ишемии. Во II ст. ишемии рекомендуется производить текэктомию. В