

ХИРУРГИЯ

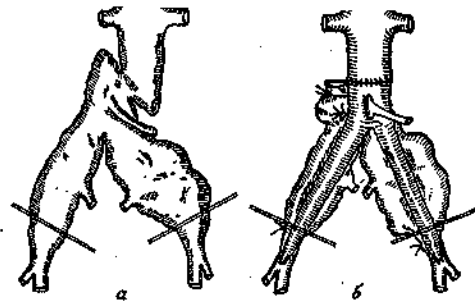
Журнал имени Н. И. Пирогова



5

Москва · Медицина ·

1986



Диффузная аневризма брюшного отдела аорты (а) и схема операции (б).

ем в моче лейкоцитов, эритроцитов и белка (до 0,26 г/л), повышением остаточного азота крови до 43 ммоль/л, мочевины до 16,7 ммоль/л, креатинина плазмы до 122 ммоль/л, снижением белка плазмы до 5,7 г/л за счет уменьшения альбумина.

После лечения (внутривенного введения лазикса по 20 мг 4 раза в сутки 2,4 % раствор эуфиллина по 10 мл 4 раза в сутки, внутримышечного введения 5 % раствора тестостерон-пропионата по 2 мл в сутки, переливания альбумина, приема внутрь леспенефрила по 1 чайной ложке 4 раза в сутки) явления ост-

В удовлетворительном состоянии на 20-е сутки после операции больной выписан.

Осмотрен через 8 мес. Состояние его удовлетворительное, боли в животе не беспокоят, стул нормальный. Периодически отмечает приступы мерцательной тахикардии, по поводу чего принимает антиаритмические препараты.

Больной активный, передвигается свободно. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, пульсация браншей протеза четкая, шум над ними не выслушивается. При лабораторном обследовании изменений не выявлено.

С нашей точки зрения, благоприятному исходу операции способствовали шадящая техника вмешательства (резекция аневризмы без ее удаления) и адекватное восстановление кровотока в конечностях и нижней брыжеечной артерии.

Мы полагаем, что такая техника оперирования диффузной аневризмы инфраренального отдела аорты, подвздошных и бедренных артерий может быть методом выбора, особенно у больных пожилого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский А. В. Заболевания аорты и ее ветвей. М., 1975, с. 235—268.
2. Egan T. J., Daly M. A., Nur M. B. — Vasc. Surg., 1984, vol. 18, p. 112—118.

УДК 616.134-007.272-089.86

А. А. ФОКИН, Л. П. ВЕРБОВЕЦКИЙ, С. П. ЗОТОВ

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — проф. Ю. И. Малышев) Челябинского медицинского института и Челябинская областная больница № 1

При окклюзии центрального сегмента ветвей дуги аорты многие хирурги [1—3] положительно оценивают экстраоракальные восстановительные вмешательства. Признавая определенные преимущества внеполостных операций, нельзя считать их безупречными. В связи с этим представляет интерес еще одно предложение — интраоперационная дилатация супраортальных ветвей, в частности левой подключичной артерии. Таким путем удается снизить сложность и опасность вмешательства, а также восстановить прямой кровоток. Во время операции с использованием надключичного доступа наряду с дилатацией представляется возможность удалить из просвета подключичной артерии тромбы и при необходимости произвести эндартерэктомию из устья позвоночной артерии и шитшейного ствола. Если дезоблитерация ветвей не требуется, то зонд открытым путем может быть проведен через подкрыльцовую артерию. Чрескожное зондирование с целью дилатации нелульсирующей подключичной или подкрыльцовой артерии затруднено и более опасно.

С ноября 1983 г. по декабрь 1984 г. мы применили интраоперационную дилатацию у 5 больных с окклюзией (стенозом) проксимального отдела левой подключичной артерии.

Приводим выписку из истории болезни 2 из них.

Больного Н., 41 года, беспокоят боли, слабость и зябкость в левой руке. Болен в течение 8 лет. Значительное ухудшение наступило в последние 10 мес.

Общее состояние больного удовлетворительное. Левая кисть прохладная, кожа ее бледно-цианотичной окраски. Пульс на левой подключичной артерии отсутствует. АД на правом плече 130/80 мм рт. ст., на левом — не определяется.

Реографический индекс на левом предплечье снижен до 0,15. Объемная сфигмография выявила коллатеральный кровоток на всем протяжении левой руки. На аортограмме виден стеноз $\frac{2}{3}$ просвета левой подключичной артерии от ее устья до нижнего края ключицы (рис. 1 см. на вклейке).

Клинический диагноз: неспецифический аортоартерит, стеноз проксимального отдела левой подключичной артерии.

Во время операции произведен разрез вдоль верхнего края левой ключицы. Выделена и вскрыта продольно подключичная артерия. Центральный кровоток почти отсутствует. Вторая порция подключичной артерии и устья отходящих от нее ветвей свободны. Вначале с

помощью металлических и баллонных зондов возрастающего калибра удалены из артерии старые тромбы и фрагменты измененной интимы. Затем произведена дилатация артерии. Получен хороший центральный кровоток. Послеоперационное течение гладкое. Восстановился пульс и нормализовалось АД на левой руке. Достигнутый положительный результат сохраняется в течение 9 мес.

Больного Г., 45 лет, беспокоят головная боль, головокружение и нарушение зрения, боли в состоянии покоя, слабость и зябкость в левой руке. Болен в течение последнего года, отмечает нарастающее ухудшение.

Общее состояние больного удовлетворительное. Левая кисть прохладная, кожа ее синеватой окраски. Пульс на левой подключичной артерии отсутствует. АД на правом плече 130/80 мм рт. ст., на левом — не определяется.

Отмечается снижение реографического индекса на левом предплечье до 0,1 и уменьшение амплитуды кривой пальцевой плетизмографии до 4 мм. По данным объемной сфигмографии, коллатеральный кровоток на всем протяжении левой верхней конечности. На реоэнцефалограмме снижения ее количественных показателей не зарегистрировано. На аортограмме (рис. 2 см. на вклейке) видна окклюзия левой подключичной артерии, начинающаяся от ее устья. Протяженность окклюзии неизвестна. Изображение ветвей второй порции подключичной артерии отсутствует.

Клинический диагноз: атеросклеротическая окклюзия проксимального отдела левой подключичной артерии с поражением ветвей ее второй порции.

Больному с интервалом 10 дней предприняты две операции. Во время первой из них произведен разрез вдоль верхнего края левой ключицы. Выделена и вскрыта продольно подключичная артерия, просвет которой во второй порции свободен. Закрыты устья позвоночной артерии и щитовидного ствола, из них выполнена эндартерэктомия с восстановлением

проходимости. Затем с помощью металлических и баллонных зондов возрастающего калибра произведена тромбэктомия из центрального сегмента подключичной артерии и ее дилатация с получением хорошего центрального кровотока. После ушивания раны подключичной артерии отмечена хорошая пульсация ее ветвей. В послеоперационном периоде полностью исчезли мозговые симптомы, состояние левой верхней конечности значительно улучшилось, но пульсация определялась только в средней трети плеча. С целью дальнейшего улучшения кровообращения предпринята вторая операция, которая оказалась невыполнимой в связи с хронической окклюзией артерий предплечья, ввиду чего ограничили их ревизию. В дальнейшем течение без осложнений. Отмечено повышение реографического индекса до 0,6, амплитуды пальцевой плетизмограммы до 15 мм и появление магистрального кровотока на плече на основании данных сфигмографии. Изменений в показателях реоэнцефалограммы не наступило. При обследовании больного через 8 мес проходимость артерий не изменилась, левая верхняя конечность в хорошем состоянии, симптомов ишемии головного мозга нет.

Таким образом, стеноз проксимального сегмента подключичной артерии может быть устранен путем дилатации. Интраоперационная методика дилатации наряду с устранением стеноза позволяет удалить тромбы, а при доступе через надключичную область — произвести эндартерэктомию из позвоночной артерии и щитовидного ствола.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский А. В., Грозовский Ю. Л., Яловецкий А. М. и др. — Вести. хир., 1984, № 7, с. 3—10.
2. Cormier J.-M., Bacourt F., Laurian C. — Ann. Chir., 1976, vol. 30, N 6, p. 425—435.
3. Weimann S., Flora G. — Vasa, 1981, vol. 10, p. 125—130.

УДК 616.136-089.86-092:611.137.82]-089.12

Проф. Ю. И. МАЛЫШЕВ, А. А. ФОКИН, Л. П. ВЕРБОВЕЦКИЙ,
И. А. АНДРИЕВСКИХ

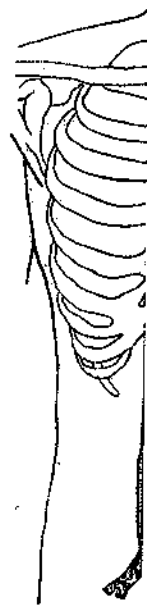
ОДНОМОМЕНТНОЕ АОРТОБИФЕМОРАЛЬНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ И МИТРАЛЬНАЯ КОМИССУРОТОМИЯ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. проф. Ю. И. Малышев) Челябинского
медицинского института и Челябинская областная больница № 1

Среди различных вневанатомических шунтов, применяемых в ангиохирургии, необычным является шунт, при котором центральный анастомоз накладывается с восходящей аортой. S. Frantz и соавт. [4] первыми сообщили в 1974 г. о наложении шунта между восходящей аортой и бедренными артериями при окклюзии инфраренальной аорты. В последующие годы о подобном шунтировании писали G. Kuhlitz [5], R. Baird и соавт. [2], D. Cooley и соавт. [3], причем каждая группа авторов располагала опытом свыше 10 операций. В отечественной литературе имеется сообщение П. Г. Швальба и соавт. [1] о шунте между грудной аортой и бедренными артериями в сочетании с реваскуляризацией миокарда.

Приводим наше наблюдение. Больной Д., 54 лет, поступил в клинику 19 июля 1984 г. с жалобами на боли в обеих конечностях и одышку в состоянии покоя, перебои в сердце и общую слабость. Митральный порок установлен в 1980 г. В течение последних 2 лет стала усиливаться одышка и увеличиваться печень (вначале периодически, а затем постоянно), появились отеки на ногах. Боли в нижних конечностях беспокоят в течение 5 лет, последний год они приобрели постоянный характер, 4 мес назад на правой стопе образовалась язва.

Общее состояние больного тяжелое, питание пониженное. Кожные покровы бледные, губы синюшные. Имеется пульсация шейных



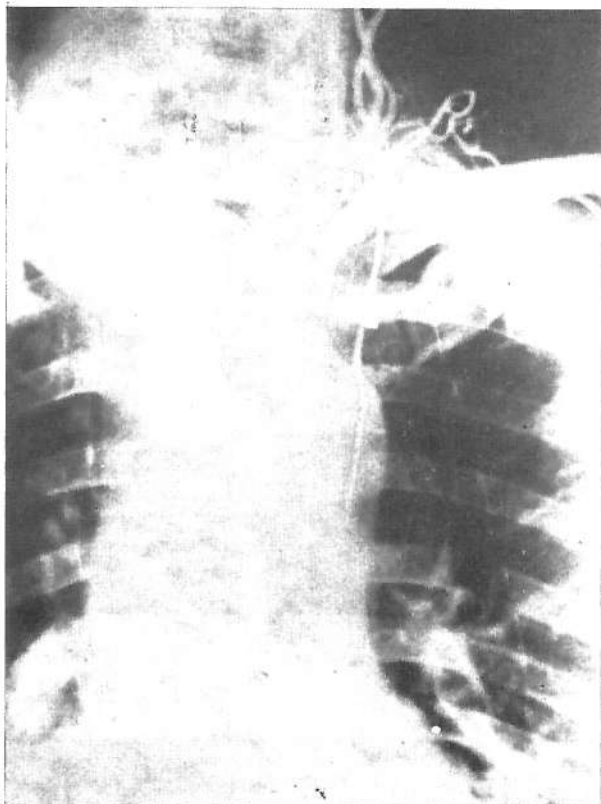
Субрентальная

6 —

вен. При физике является картиной 76 в минуту, осн. ритм). АД на руке 8 см выступает плотная. Кожа бледная с багряным дистальным атрофия мышц, и пастозность в диаметре тической корки Пульсация на бедренных артериях.

Рентгенологический и эхокардиографический IV трисердечный стеноз аорты, доходящий до реовазографии мечение снижено только коллатеральным всем протяже-

Во время наблюдения и кровообращение потребовало в течение 2 нед бо все лечение: ки, ангиопрот-



К ст. А. А. Фокина и соавт.

Рис. 1. Стеноз проксимального сегмента левой подключичной артерии у больного Н.

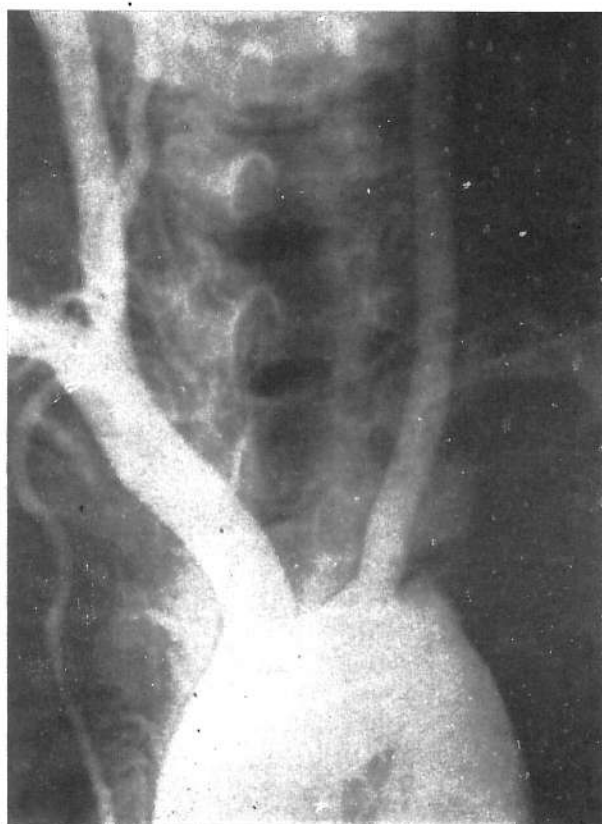


Рис. 2. Окклюзия проксимального сегмента левой подключичной артерии у больного Г.