

ISSN 0023-1207

ХИРУРГИЯ

Журнал имени Н. И. Пирогова



5

Москва · Медицина ·

1986

Хирургия, 1986, № 5, 1-160

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 синеватого 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. — Вестн. кир., 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 616.136-089.86-032:611.137.821-089.12

Проф. Ю. И. МАЛЫШЕВ, А. А. ФОКЯН, 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 внеанатомических 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. Kuhnigatz [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, перебой 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.

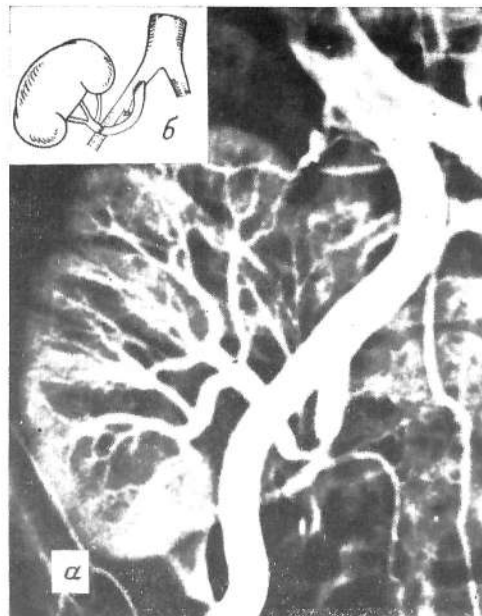
Общее состояние больного тяжелое, питание пониженное. Кожные покровы бледные, губы синюшные. Имеется пульсация шейных



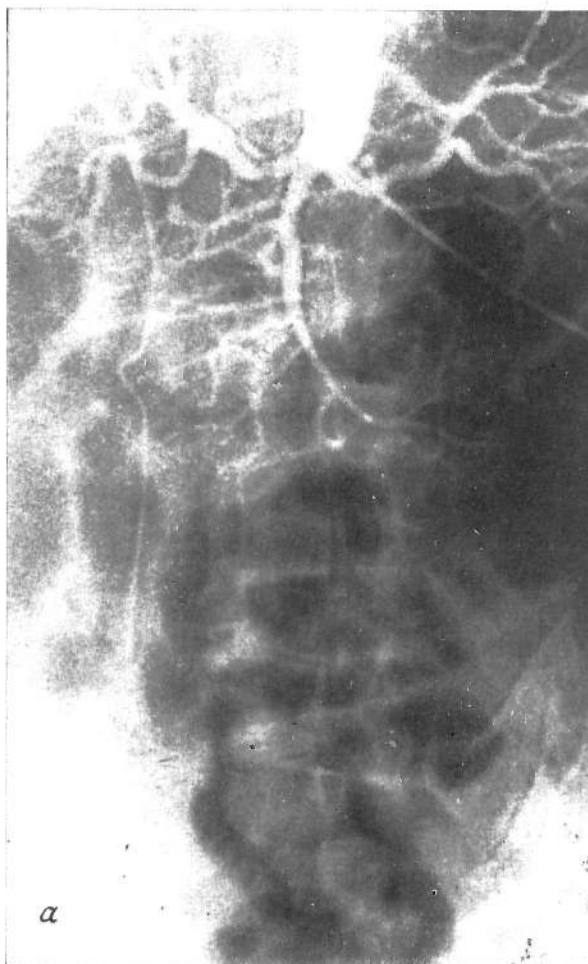
Субрена

вен. При ф
является к
76 в минут
ная аритм
35. АД на
8 см выст
плотная. |
бледная |
дистальной
атрофия и
и пастозн
ва диамет
тической |
Пульсация
бедренных
Рентген
ФКГ и эк
ный стени
трисердеч
ная аорт
аорты, де
реовазогр
мечено с
только |
всем про
Во вр
наблюда
кровообр
потребов
ние 2 не
ное лече
ки, анги

Рис. 3. Рецидив стеноза артерии трансплантированной почки.
а — ангиографическая картина; б — схема реконструктивной операции.



К ст. Ю. И. Мальшева и соавт.



Субренальная окклюзия брюшной аорты.
а — аортограмма.

ю металличе-
астающего ка-
из централь-
герии и ее ди-
центрального
ны подключич-
пульсация ее
ериоде полно-
мы, состояние
ительно улуч-
ялась только
о дальнейшего
дпринята вто-
сь невыполни-
юзей артерий
ились их реви-
з осложнений.
еского индекса
етизмограммы
льного крово-
анных сфигмо-
ых реоэнцефа-
обследовании
юсть артерий
конечность в
ишемии голов-

роксимального
е может быть
дооперационная
с устранением
бы, а при до-
ласть — про-
звоночной ар-

Ю. Л., Яло-
хир., 1984,

rian C. — Ann.
15—435.

1981, vol. 10,

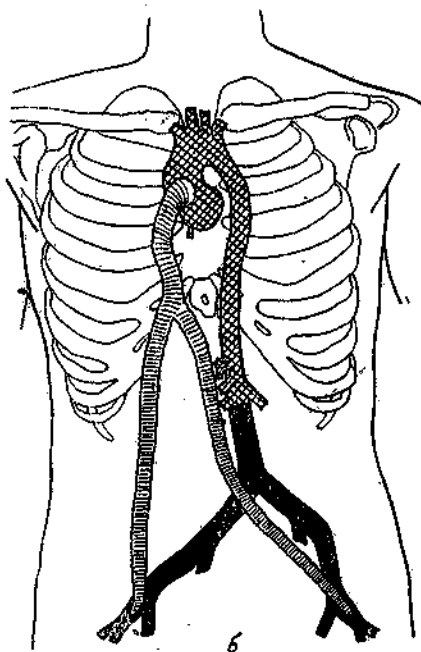
КНИ,

ВАНИЕ

иябинского

пил в клинику
боли в обеих
инии покоя, пе-
ть. Митральный
течение послед-
ышка и увели-
дически, а за-
и на ногах. Бо-
коят в течение
брели постоян-
правой стопе

тяжелое, пита-
ровы бледные,
саация шейных



Субренальная окклюзия брюшной аорты.
6 — схема шунтирования.

вен. При физикальном исследовании сердца выявляется картина митрального стеноза. Пульс 76 в минуту, ослаблен и аритмичен (мерцательная аритмия). Дефицит пульса составляет 35. АД на руках 100/80 мм рт. ст. Печень на 8 см выступает из-под края реберной дуги, плотная. Кожа обеих нижних конечностей бледная с багрово-цианотичным оттенком в дистальном отделе. Наблюдаются умеренная атрофия мышц, изменение ногтей, гиперкератоз и пастозность стоп. На тыле правой стопы язва диаметром 3 см, частично покрытая некротической коркой, без признаков заживления. Пульсация на нижних конечностях, начиная с бедренных артерий, отсутствует.

Рентгенологическое исследование, ЭКГ, ФКГ и эхокардиография подтвердили митральный стеноз IV стадии с подозрением на внутрисердечный тромбоз. Высокая транслюминальная аортография выявила окклюзию брюшной аорты, доходящую до почечных артерий. При реовазографии и объемной сфигмографии отмечено снижение индекса до 0,01 и наличие только коллатерального кровообращения на всем протяжении нижних конечностей.

Во время пребывания в клинике у больного наблюдалось переходящее нарушение мозгового кровообращения с нарушением дыхания, что потребовало искусственной вентиляции. В течение 2 нед больному проводилось консервативное лечение: дигоксин, диуретики, спазмолитики, ангиопротекторы и гипербарическая оксиге-

нация. Достигнуто некоторое улучшение общего состояния, небольшое уменьшение одышки и сокращение лечения.

В связи с наличием двух тяжелых заболеваний, изолированное устранение каждого из которых очень рискованно, решено выполнить одномоментную операцию: митральную комиссуротомию и внеанатомическое шунтирование аорты в бедренные артерии.

6 августа больному предпринята операция. Первой бригадой хирургов из продольного стернотомического доступа выполнена чрезжелудочковая митральная комиссуротомия с расширением отверстия до 4 см без появления обратного тока. Затем после бокового отжатия в отверстие в восходящей аорте вшита основная бранша бифуркационного протеза диаметром 18 и 10,10 мм. Параллельно хирурги второй бригады выделили и подготовили бедренные артерии. С обеих сторон проходима только глубокая артерия бедра. Протез проведен вначале в переднем средостении, на животе — в подкожной клетчатке. Боковые бранши протеза анастомозированы концами вбок с общими бедренными артериями (см. рисунок, а на вклейке, б).

Послеоперационное течение без осложнений. Уменьшились одышка и боли в ногах, сократилась частично печень, стала заживать язва на стопе. Больной обследован через 6 мес. Одышка возникает только при значительном физическом напряжении. Болей в ногах в состоянии покоя нет, проходит без остановки около 200 м. Язва на правой стопе почти полностью зажила.

По нашему мнению, ортобедренный шунт показан в основном при сочетании высокой окклюзии брюшной аорты с сердечной патологией, без хирургической коррекции которой нецелесообразно или невозможно восстановление кровообращения в нижних конечностях. Стернотомический доступ мы сочли наиболее подходящим, так как он позволял при необходимости подключить аппарат искусственного кровообращения, а также использовать восходящую аорту для наложения проксимального анастомоза шунта. Мы считали малообоснованным помещение дистальной половины протеза в забрюшинном пространстве [3] и даже в толще передней брюшной стенки [5]. Наиболее просто и безопасно провести его в подкожной клетчатке живота.

ЛИТЕРАТУРА

1. Швальб П. Г., Николаенко А. С. — Хирургия, 1982, № 7, с. 110—111.
2. Baird R. D., Madras P. N. — Ann. Surg., 1977, vol. 186, p. 210—212.
3. Cooley D. A., Wukasch D. C. Gefäßchirurgie. Indikation und Technik. Stuttgart, 1980, S. 282.
4. Frantz S. L., Kaplitt M. J., Beil A. R., Stein B. L. — Surgery, 1974, vol. 75, p. 471—475.
5. Kuhlitz G. — Zbl. Chir., 1974, Bd 99, S. 929—934.