

МОДИФИКАЦИЯ КРУГОВОГО ШВА АРТЕРИЙ

А. М. ДЕМЕЦКИЙ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (заведующий — профессор А. М. Демецкий) Витебского медицинского института

При реконструктивных операциях на сосудах применяются различные методики сосудистого шва: ручной, канюльный и механический. Наиболее распространенным и доступным является ручной способ. Описано около 80 его разновидностей. Однако зачастую такие швы вызывают сужение линии анастомоза. Для устранения этого используются косые швы. Хорошие результаты дает шов, линия которого по отношению к продольной оси образует угол в 45° . В этом случае длина шва и проточное отверстие сосуда в плоскости стыковки увеличиваются в 2 раза по сравнению с прямым разрезом, так как отношение поверхности круга к соответствующей поверхности эллипса в 45° составляет как 1 к 2.

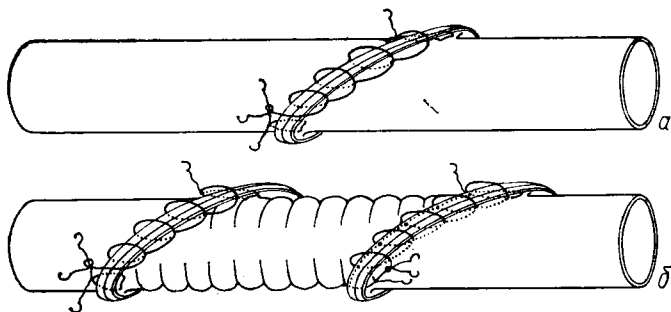


Рис. а. Соединение концов артерии под углом в 45° с наложением полунепрерывного шва с захлесткой.
б. Наложение такого же шва при замещении дефекта артерий трансплантатом.

Используя эту закономерность, мы разработали методику соединения сосудов (рис. а) и замещения их дефекта трансплантатом (рис. б) путем иссечения отрезков под углом в 45° и наложения полунепрерывных швов с захлесткой на переднюю и заднюю стенку анастомоза.

Техника шва. Края поврежденного сосуда иссекаются под углом 45° . Концы сосуда сопоставляются при помощи двух П-образных швов-держалок, которые накладываются на противоположные края линии анастомоза. При соприкосновении концов сосуда эндотеллиальными поверхностями его края выворачиваются кнаружи в виде небольшого валика. Швы-держалки поочередно завязываются и одна нить каждого такого шва фиксируется зажимом Кохера. Небольшое их натяжение растягивает сосуд в противоположные стороны. Свободным концом нити отдаленного шва-держалки на образованный сосудистый валик накладывается непрерывный шов с захлесткой по Мультиановскому по направлению к ближайшему шву-держалке. Шаг стежка 1—1,5 мм. После наложения шва на переднюю стенку анастомоза его нить связывается с нитью второго шва-держалки, фиксированной зажимом Кохера и от-

резается. Сосуд переворачивается на 120° и продолжается наложение такого же шва на заднюю стенку анастомоза. После связывания непрерывного шва со швом-держалкой срезаются все нити и сосуд возвращается в исходное положение. Расположение захлестывающей петли у места прокола иглы уменьшает кровотечение.

При вшивании трансплантата в дефект артерии концы сосуда и трансплантата также срезаются под углом в 45° . Накладываются П-образные швы-держалки и поочередно сшиваются по описанной методике центральный и периферический концы анастомоза (рис. б), при этом захлестывающие петли следует обязательно располагать на трансплантате. Это предотвращает кровотечение из мест прокола синтетического протеза.

Поступила 29/V 1975 г.