

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ СПОСОБОВ РУЧНОГО ЦИРКУЛЯРНОГО СОСУДИСТОГО ШВА

Ассистент А. М. ДЕМЕЦКИЙ

Из кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии (заведующий — доцент В. Х. Митрошенко) Витебского медицинского института

В настоящее время насчитывается около 70 различных способов циркулярного сосудистого шва. Для выявления лучшего метода ручного соединения сосудов среднего калибра нами было поставлено несколько серий опытов на сонных и бедренных артериях собак.

В асептических условиях, под морфийно-новокаиновым обезболива-

нием, проводился разрез тканей по проекционной линии сосудов; в их влагалище вводилось 10 см³ 2-проц. раствора новокаина. Артерия обнажалась на протяжении 4 — 5 см, на нее накладывались винтовые зажимы А. Д. Христич на расстоянии 3 — 4 см друг от друга. Между зажимами циркулярно иссекался отрезок артерии длиной в 1 см. Анастомоз осуществлялся способами: А. Карреля, А. И. Морозовой, И. А. Медведева, А. Д. Христич, Г. М. Соловьева, А. Н. Бакулева и Е. Н. Мешалкина или при помощи непрерывного матрачного шва. Применялись обычные или атравматические сосудистые иглы и шелковая нить 0,00.

О результатах судили на основании наблюдений за степенью трудности методики, а также за состоянием анастомоза в момент операции и на протяжении последующих 30 — 80 дней по данным вазографии, макро- и микроскопии. Исходы операций представлены в таблице.

Способ анастомоза	Количество опытов	Нормальная проходимость	Сужение	Тромбы		Кровотечение
				пристеночные	тотальные	
А. Карреля—А. И. Морозовой	10	3	—	2	5	10
И. А. Медведева	10	3	2	1	4	3
А. Д. Христич	10	2	—	5	3	10
Непрерывный матрачный . .	10	4	1	2	3	10
А. Н. Бакулева и Е. Н. Мешалкина	15	5	1	5	4	8
Г. М. Соловьева	20	13	2	2	3	15

Выполнение циркулярного шва способами А. Карреля — А. И. Морозовой, А. Д. Христич и матрачным на сосудах среднего калибра не представляет технических трудностей. Но эти методы почти всегда дают осложнения в виде кровотечения по линии шва и частого тромбообразования. Швы И. А. Медведева на артериях диаметром 3 — 8 мм трудно выполнимы и не всегда гарантируется проходимость анастомоза.

Методику А. Н. Бакулева и Е. Н. Мешалкина следует применять, как это и рекомендуют авторы, при наложении шва на крупные кровеносные сосуды, так как при операциях на артериях небольшого диаметра шелковая нить, находящаяся при этом способе в просвете сосуда, вызывает образование тромбов.

Соединение сосудов способом Г. М. Соловьева дает хорошее соприкосновение интимы сшиваемых концов и исключает попадание шовного материала в просвет сосуда, что отвечает основному принципу сосудистой хирургии стволов среднего и малого калибров. Однако и при этом способе полная герметизация области шва достигается не всегда. Из 20 опытов в 15 случаях было довольно значительное кровотечение, возникавшее между редкими узловатыми швами. Приходилось прибегать к наложению дополнительных узловатых швов через все слои, так как адвентициальные швы, рекомендуемые Г. М. Соловьевым, не давали полной остановки кровотечения, кровь изливалась под адвентицию и отслаивала ее. Выполнение дополнительных швов вызывает необходимость повторного наложения зажимов на сосуд. Эта травма и попадание шовного материала в просвет артерии осложняют операцию тромбообразованием. Часто для полной остановки кровотечения

необходимо было накладывать до 4 — 5 узловых швов, что значительно удлиняло операцию.

Исходя из вышеизложенного, мы решили модифицировать инвагинационный способ (Дани, 1912; Г. М. Соловьев, 1955) соединения сосудов, накладывая швы-держалки, а между ними непрерывные полуциркулярные швы (рис. 1).

Сосудистой обыкновенной или атравматической иглой с шелковой

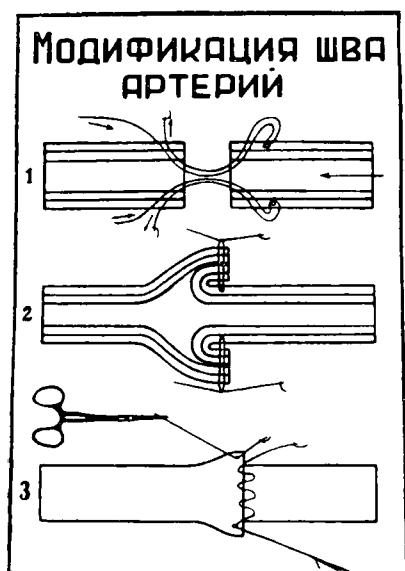


Рис. 1.

нитью (0,00) длиной 25—30 см прокалыванием периферический отрезок артерии снаружи внутрь, а затем центральный — изнутри наружу на расстоянии 2—3 мм от их краев. Протягиваем нить и захватываем адвентицию центрального отрезка сосуда на расстоянии 6—8 мм от его края, после чего прошиваем этот отрезок снаружи внутрь рядом с предыдущей нитью и далее — периферический участок сосуда — изнутри наружу. Такой же шов выполняем на противоположной стороне окружности сосуда, сближаем отрезки артерии и натягиваем швы-держалки в противоположные стороны. При соприкосновении концов сосуда и натяжении швов-держалок на центральном отрезке образуется 'манжетка', которая инвагинируется в периферический. Швы-держалки завязываются, растягиваются в противоположные стороны и между ними нитью с иглой этого шва,

лежащего ближе к хирургу, производим наложение непрерывного полуциркулярного шва на передней стенке анастомоза. В стежок шва захватывается сначала адвентиция на расстоянии 3—4 мм от края манжетки, а затем и сама манжетка, состоящая из стенок периферического и центрального концов сосуда. Интервалы между стежками непрерывного полуциркулярного шва — 1 мм. Дойдя до противоположного шва-держалки, связываем его нить, на которой нет иглы, с нитью непрерывного и отрезаем последнюю. Переворачиваем сосуд на 180° и продолжаем наложение на задней стенке анастомоза такого же непрерывного шва нитью с иглой другого шва-держалки. После связывания нити непрерывного шва с нитью первого шва-держалки срезаем их и возвращаем сосуд в исходное положение. Восстанавливается сосудистое ложе, рана закрывается послойно.

Данной методикой выполнено 30 циркулярных швов. Закупоривающие тромбы были только в двух случаях, где был разорван непрерывный и наложены узловатые швы через все слои. Кровотечения по линии шва не наблюдалось. Подтягивание адвентиции обеспечивало надежный герметизм и хорошее заживление сосудистой раны.



Рис. 2.

Оперированные артерии свободно выделялись из окружающих тканей. Рубцовых сращений в окружности сосуда и сужения места шва не было. Со стороны интимы линия шва выделяется в виде ровной, гладкой, белесоватой полоски (рис. 2 — сонная артерия в натуральной величине). К 80 дню область анастомоза несколько шире диаметра сосуда.

Результаты опытов показали, что восстановление проходимости сосудов среднего калибра лучше производить инвагинационным способом, с предлагаемой модификацией. Наложение этого шва не представляет трудностей при дефекте сосуда в 3 — 4 см. В случаях большего расхождения отрезков поврежденного сосуда вступает в силу ауто- или аллопластика, но и в этих случаях анастомоз предпочтительнее производить методом инвагинации (журнал «Здравоохранение Белоруссии», 1958, № 1).

