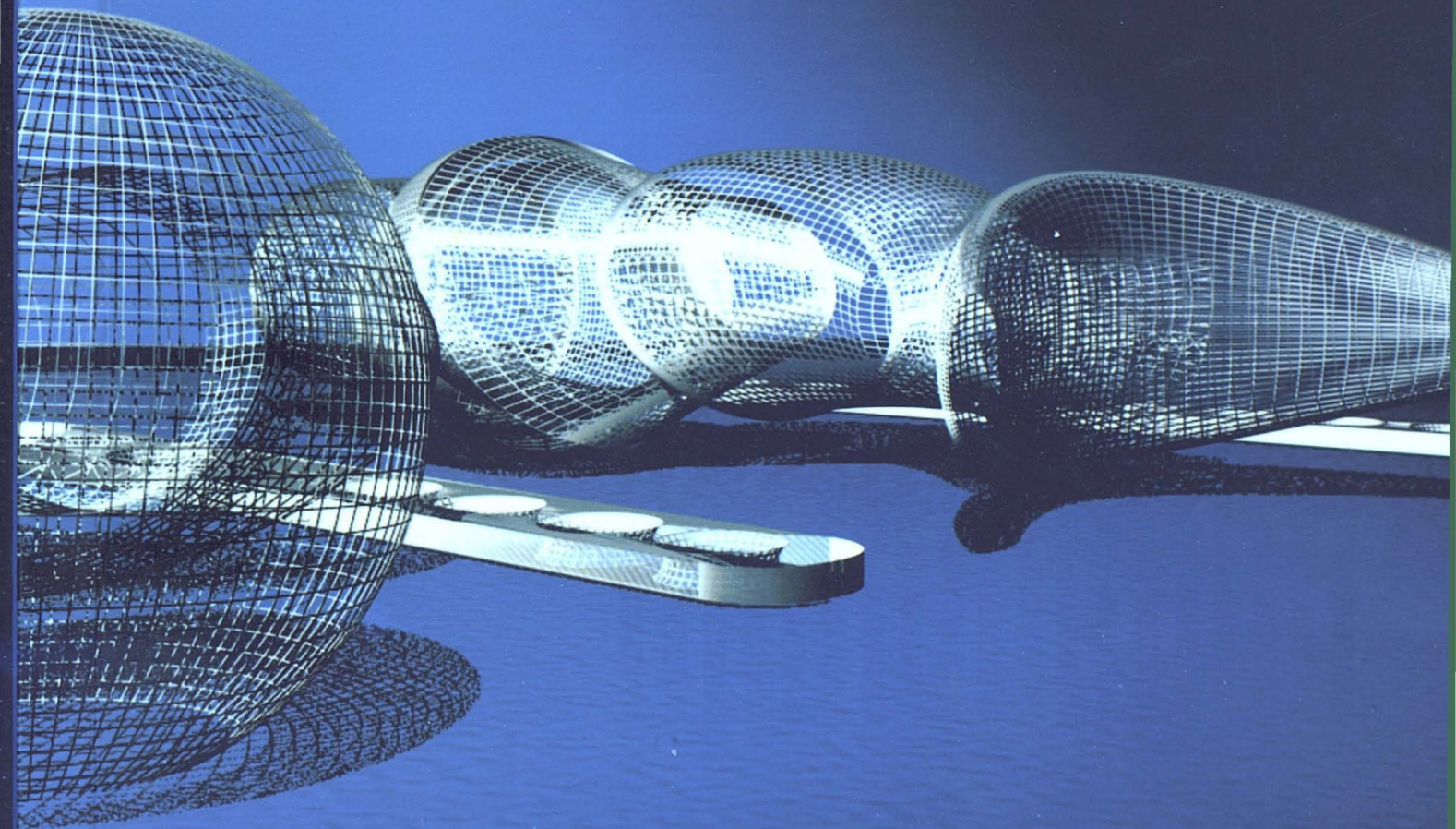


ISSN 1684-9280

Травматология ЖӘНЕ Ортопедия



2/2002

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ АРТЕРИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ж.К. ИСМАИЛОВ, М.К. ИБРАЕВ, М.Б. БАУБЕКОВ,
И.Г. МОРЕНКО, Ф.С. ОЛЖАЕВ

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Проблема оперативного лечения повреждений артерий известна еще с 1710 года, когда Анелем и Хантером была впервые разработана "перевязка артерии на протяжении" и по сегодняшний день остается открытой. Несомненно, с момента разработки Каррелем непрерывного циркулярного сосудистого шва, возможности оказания ангиохирургической помощи при повреждении артерий революционно преобразились [2]. На сегодняшний день разработано множество методик по наложению артериальных прямых анастомозов, проведению шунтирующих и протезирующих операций с помощью аутоветены, аллопротеза, ксенопротеза, применяемых при повреждении артерий на значительном протяжении. Однако, бесспорным остается преимущество наложения анастомоза артерии конец в конец, что подтверждается постоянным поиском и разработкой новых сосудистых швов [1].

По этой причине Новиков, Вилянский, Проценко и Миначенко предлагают при массивном повреждении артерий резекцию кости, чтобы иметь возможность сопоставления артерий конец в конец [3].

Разработанная нами методика позволяет избежать резекции костей и при этом получить сопоставление артерий конец в конец при массивных повреждениях артерий.

Сущность методики заключается в следующем:

1. Наложение аппарата Илизарова с последующим укорочением конечности путем смещения отломков по длине.
2. Наложение циркулярного сосудистого шва на артерию, которая предварительно была иссечена на протяжении.
3. Проведение тракции с восстановлением анатомии отломков (устранение укорочения и репозиции).

По данной методике прооперировано 5 больных с повреждением артерий в средней трети бедра, на уровне Гунтерова канала. Средняя протяженность диастаза артерий составила 5,5 см. Все больные были оперированы в первые 6 часов с момента травмы и имели первую степень острой ишемии по Савельеву. В послеоперационном периоде первую неделю тракция не проводилась, с 7-го по 15-й день после операции проводилась тракция со скоростью 1 мм в сутки. Начиная с 15-го дня, скорость тракции увеличена до 3-5 мм в сутки до полного восстановления прежней длины конечности и сопоставления костных отломков. При этом нарушения магистрального кровотока, - послеоперационных тромбозов и несостоятельности анастомоза, не было.

В отдаленном периоде, через 1 год, у троих больных, осмотренных в динамике, пульсовой кровотока сохранился до стоп (двое больных на контрольный осмотр не явились).

Таким образом, данная методика позволяет восстановить магистральный кровотока в конечности без применения техники шунтирующих и протезирующих операций, что безусловно снижает риск послеоперационных тромбозов (уменьшение числа артериальных анастомозов), аррозивных кровотечений при возникновении гнойных осложнений со стороны раны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лохвицкий С.В., Сагинов Т.А., Агимбаев Т.К. Кулисный сосудистый анастомоз при повреждениях магистральных артерий и их последствиях // Астана медициналық журналы. - 2001. - №1. - С.47-50.

2. Лыткин М.И., Коломиец В.П. Острая травма магистральных кровеносных сосудов - Л.: Медицина, 1973. - С. 6-9.

3. Новиков Ю.В., Вилянский М.П., Проценко Н.В., Миначенко В.К. Неотложная ангиохирургическая помощь. - М., 1984. - С.132-134.