

JAN NIELUBOWICZ, WALDEMAR OLSZEWSKI, WANDA WIĘCKOWSKA,
JERZY SIEDLECKI

TĘTNIAK TĘTNIC OBWODOWYCH

Z I Kliniki Chirurgicznej AM w Warszawie
Kierownik: prof. dr J. Nielubowicz

Spośród 617 chorych, leczonych z powodu chorób tętnic w I Klinice Chirurgicznej AM w Warszawie w latach 1959—1965, 32 (5,1%) przyjęto z powodu tętniaka tętnic obwodowych, z wyłączeniem tętniaka aorty.

W tej liczbie było 17 tętniaków miażdżycowych, 10 tętniaków urazowych tętnic obwodowych, 5 tętniaków tętnic, 20 żylnych i 2 tętniaki zatorowe wywołane przez *Salmonella typhi* i *Streptococcus viridans* (tab. 1, 2).

Tabela 1

Tętniaki tętnic obwodowych (34 chorych)

| Rodzaj tętniaka | Liczba chorych |
|-----------------|----------------|
| Prawdziwy | 16 |
| Rzekomy | 10 |
| Rozdzielający | 1 |
| Tętniczo-żylny | 5 |

Tabela 2

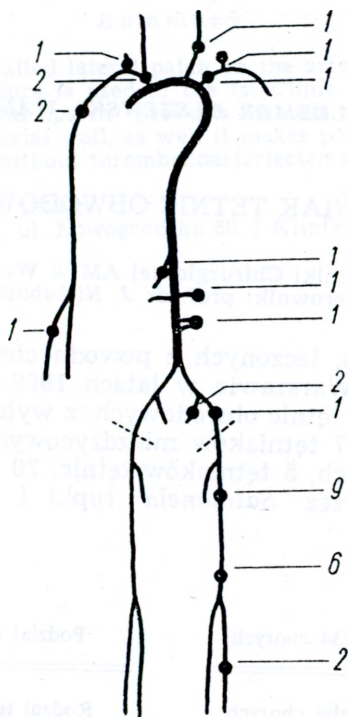
Podział tętniaków według etiologii

| Rodzaj tętniaka | |
|-----------------|----------|
| Miażdżycowy | 17 (53%) |
| Urazowy | 10 (31%) |
| Zatorowy | 2 |
| Kiłowy | 1 |
| Wrodzony | 2 |

Tętniaki znajdowały się najczęściej w kończynach dolnych (18 chorych), z tego 1 w t. biodrowej zewnętrznej, 9 w t. udowej, 6 w t. podkolanowej i 2 w t. piszczelowej tylnej (ryc. 1).

U 7 chorych pierwszym objawem tętniaka było pojawienie się stopniowo powiększającego się guza tętniczego, bez żadnych dolegliwości. U innych chorych tętniak spowodował następujące objawy: a) ostry krwotok do jamy brzusznej (pęknięcie tętniaka t. biodrowych wewnętrznych i zewnętrznych) — 3 chorych, b) ostre niedokrwienie kończyny — 6 chorych, c) chromanie przestankowe — 3 chorych. W 7 przypadkach choroba zaczęła się bólem w kończynie, podwyższoną ciepłotą, obrzękiem i dopiero po kilku lub kilkunastu dniach rozpoznano tętniaka i skierowano chorego do leczenia szpitalnego. Były to tętniaki rzekome niepourazowe, spowodowane oddzieleniem się i rozpadnięciem blaszki miażdżycowej ze

ściany tętnicy. Spośród tych chorych u 2 próbowano w poradni naciąć „zapalny guz”, który był tętniakiem. U 1 chorego z tętniakiem t. nerkowej, pierwszym objawem było nadciśnienie nerkowo-naczyniowe z bólem



Ryc. 1.

głowy i zaburzeniami widzenia, które wystąpiły w 4 tygodniu po urazie nerki.

Rodzaj stosowanego leczenia przedstawiono w tab. 3.

U 11 chorych udało się usunąć tętniak w całości i przywrócić prawidłowe krążenie za pomocą przeszczepu z własnej żyły chorego, z prze-

Tabela 3

Leczenie tętniaków tętnic obwodowych (34 chorych)

| | |
|--|---|
| Wycięcie i przeszczep | 6 |
| Wycięcie i szew tętnicy | 5 |
| Podwiązanie tętnicy posiadającej nazwę anatomiczną (udowa, ramienna lub nerkowa) | 9 |
| Podwiązanie małej obwodowej tętnicy nie posiadającej nazwy anatomicznej | 7 |
| Podwiązanie przetoki tętniczo-żylniej | 4 |
| Wypełnienie tętniaka drutem | 1 |

szczepu sztucznego lub zaszywając tętnicę z użyciem łąty żyłnej. U 9 chorych byliśmy zmuszeni podwiązać dużą, ważną dla kończyny lub narządu tętnicę, ponieważ okolica tętniaka była zakażona, skóra nad tętnikiem uległa martwicy lub też obwodowa część kończyny była martwa. W jednym przypadku u chorego z tętnikiem kiłowym t. bezimiennej wypełniliśmy tętniak drutem stalowym.

Wyniki leczenia były bardzo dobre u 22 chorych. U tych chorych usunęliśmy tętniak lub też podwiązaliśmy zaopatrującą go tętnicę bez wywołania zaburzeń krążenia obwodowego. U 3 chorych wykonaliśmy odjęcie uda, u 1 usunięto nerkę. Czterech chorych zmarło po operacji, z tego 1 z tętnikiem t. podkolanowej z powodu mocznicy, 1 z tętnikiem t. szyjnej z powodu zatorów mózgowych oraz 2 z tętnikiem t. bezimiennej z powodu obustronnego zapalenia płuc i ostrego obrzęku płuc.

OMOWIENIE

Wśród naszych chorych najwięcej było tętniaków tętnic kończyn (21 chorych). Większość chorych zgłosiła się do Kliniki dopiero wskutek powikłań tętniaka, jak ostre niedokrwienie kończyny, obrzęk, objawy zakażenia lub martwica skóry nad tętnikiem. Dlatego też jedynie w połowie przypadków udało się wykonać odtworzenie tętnicy i przywrócić prawidłowy dopływ krwi na obwód.

Wybór metody leczenia zależy od etiologii tętniaka, jego umiejscowienia oraz powstałych powikłań. Tętniaki miażdżycowe kończyn są często źródłem zatorów obwodowych, powodują ucisk na towarzyszące żyły i naczynia chłonne oraz nerwy. Właściwą metodą jest jak najszybsze wycięcie tętniaka i przeszczep z żyły własnej chorego lub jeśli ta ostatnia jest niedostępna, z tkaniny sztucznej. Przed wykonaniem tego typu operacji należy sprawdzić na arteriografii czy tętnica poniżej tętniaka jest drożna. Jeśli jest ona niedrożna należy z konieczności ograniczyć się do podwiązania tętnicy powyżej i poniżej tętniaka, znajdujące się w tętniaku skrzepliny usuwa się i worek tętniaka sączykuje się. W tych szczególnych przypadkach czasami wykonuje się dodatkowo sympatektomię.

Osobnym rodzajem tętniaków są miażdżycowe tętniaki rzekome, powstające wskutek oddzielenia się odcinka zmienionej miażdżycowo ściany tętnicy. Tego typu tętniaki powstają zazwyczaj u ludzi bardzo starych w złym stanie ogólnym. Tętniak powstaje powoli rosnąc w postaci guza, który nieraz przez chorego, nawet i lekarza domowego, bywa uważany za ropień. Krwiak okołotętniczny rośnie przez szereg dni lub nawet tygodni, ulegając zakażeniu. Chory przybywa zwykle do kliniki z wysoką temperaturą, a okolica zakażonego krwiaka jest zaczerwieniona i bolesna, sprawiając rzeczywiście wrażenia ropnia. Teoretycznie w tego typu tętniaku rzekomym można usiłować pokryć ubytek w tętnicy łątą lub wykonać przeszczep. W rzeczywistości wobec istniejącego zakażenia należy z konieczności podwiązać tętnicę poniżej i powyżej tętniaka, sączykując z dodatkowego cięcia worek tętniaka. Jeśli podwiązanie tętnicy nie spowoduje martwicy kończyny, przebieg pooperacyjny jest zazwyczaj ciężki i ropienie długotrwałe.

Wielokrotnie tętniak uciska na żyły kończyny, wywołuje zastój żylny i zakrzepy. W tych przypadkach wskazane jest podwiązanie zmienionych żył powyżej poziomu tętniaka. W tych przypadkach nawet po bardzo

dobrze wykonanym przeszczepie obrzęk kończyny utrzymuje się przez kilka miesięcy.

Rzekome tętniaki urazowe należy operować jak najszybciej, starając się w miarę możliwości przywrócić pełną drożność naczynia. Wystarcza zwykle szew tętnicy lub pokrycie ubytku łata. W tętniakach zatorowych, powstających zwykle w przebiegu posocznicy, trzeba zwykle ograniczyć się z konieczności do podwiązania tętnic i drenowania tętniaka.

WNIOSKI

1. W prawdziwych tętniakach tętnic obwodowych właściwym postępowaniem jest przeszczep z własnej żyły chorego lub przeszczep z tworzywa sztucznego.

2. W przebiegu miażdżycy tętnic obwodowych powstają czasami tętniaki rzekome wskutek oddzielenia się części ściany tętnicy wraz z blaszką miażdżycową.

Я. Нелюбович, В. Ольшевски, В. Венцковска, И. Седлецки

АНЕВРИЗМЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Содержание

В I Хирургической клинике МА в Варшаве лечили в 1959—1965 гг. 34 больных с периферическими аневризмами. Авторы представляют результаты лечения и собственную точку зрения, касающуюся хирургического лечения.

J. Nielubowicz, W. Olszewski, W. Więckowska, J. Siedlecki

ANEURYSMS OF PERIPHERAL ARTERIES

Summary

34 patients with aneurysm of peripheral arteries were treated in the Ist Clinic of Surgery of the Medical Academy in Warsaw, in the years 1959—1965. The authors reported on the results of treatment and they made known their views on surgical management.

Pracę nadesłano: 19. VII. 1966 r.

Adres autora: Warszawa, ul. Nowogrodzka 59, I Kl. Chirurgiczna.