

JAN NIELUBOWICZ, WALDEMAR OLSZEWSKI

WYKONANIE OPERACYJNE WŁASNOPOCHODNEGO OMIJAJĄCEGO PRZESZCZEPU ŻYLNego W NIEDROŻNOŚCI TĘTNICY UDOWEJ

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

Przeszczep żylny omijający z żyły odpiszczelowej chorego jest zabiegiem z wyboru, stosowanym w I Klinice Chirurgicznej AM w Warszawie, u chorych z niedrożnością t. udowej powierzchownej. Jest to zabieg oszczędzający, wymagający odsłonięcia tylko niewielkich odcinków t. udowej wspólnej i t. podkolanowej, bez uszkodzenia krążenia obocznego, stąd obciążony stosunkowo małym ryzykiem.

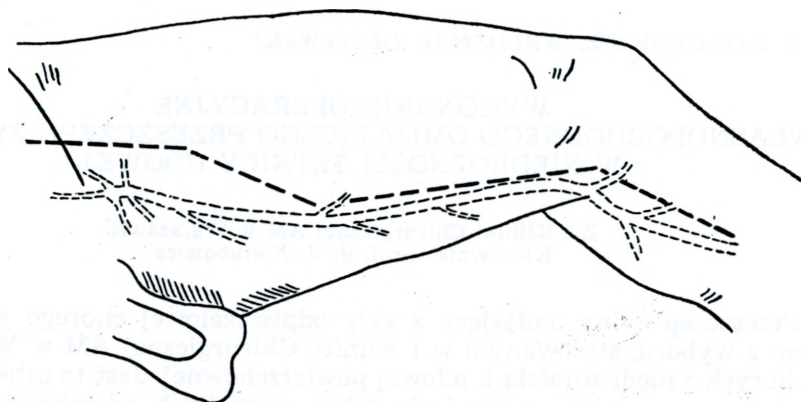
Warunkiem jego wykonania jest drożna t. udowa wspólna oraz co najmniej 1,5 cm odcinek t. podkolanowej. Żyła stosowana do przeszczepu winna mieć po wypełnieniu płynem pod ciśnieniem przeciętną średnicę co najmniej 6 mm, długość zaś o 4 cm większą niż długość niedrożnego odcinka tętnicy. Żyły zmienione zapalnie lub po przebytych zakrzepach nie nadają się do przeszczepu. Natomiast zmiany żylakowe nawet średniego stopnia nie stanowią przeciwwskazania do przeszczepiania.

Ułożenie chorego. Stosujemy ułożenie na grzbiecie z kończyną dolną przeznaczoną do operacji lekko zgiętą w stawie kolanowym, odwiedzoną i nieco skręconą do boku. Tego rodzaju ułożenie jest wygodne zarówno przy preparowaniu żyły odpiszczelowej, jak i przy odsłanianiu t. udowej oraz t. podkolanowej na goleni.

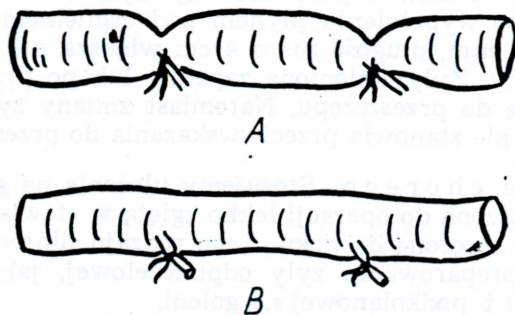
Pobieranie żyły do przeszczepu. Stosujemy cięcie, z którego można zarówno odsłonić całą żyłę odpiszczelową, jak i uzyskać dostęp do t. udowej wspólnej i t. podkolanowej (ryc. 1). Rozpoczynamy cięcie 2 cm ponad więzadłem pachwinowym, w miejscu gdzie wyczuwa się przez skórę tętniącą tętnicę udową. Prowadzimy cięcie około 10 cm pionowo ku obwodowi. Odnajdujemy główny pień żyły odpiszczelowej. Podwiązujemy gałęzie żyłne uchodzące do żyły odpiszczelowej w dole owalnym. Podwiązujemy żyłę jak najbliższej jej ujścia do żyły udowej i przecinamy zwracając pilną uwagę, aby w tym momencie nie podwiązać stycznie żyły udowej wspólnej. Następnie preparujemy żyłę odpiszczelową w kierunku obwodowym podwiązując wszystkie, nawet najmniejsze jej gałązki w odległości 3—5 mm od głównego pnia. Podwiązanie gałązek z częściowym zaciśnięciem głównego pnia żyły odpiszczelowej jest błędem (ryc. 2). Kierunek dalszego cięcia skórniego wyznacza nam przebieg żyły odpiszczelowej. Długość preparowanego odcinka żyły zależy od tego, jak długi prze-

szczep jest potrzebny. Do przeszczepu nadaje się żyła odpiszczelowa na przestrzeni od pachwiny zwykle do połowy goleni.

Po wycięciu żyły umieszczamy w jej biegunie obwodowym kaniulę, zaś biegun przyśrodkowy zamykamy. Przez kaniulę wprowadzamy pod ciśnieniem 1% roztwór nowokainy. Żyła rozszerza się znacznie, w miejscach, gdzie utrzymują się niewielkie zwężenia (zwykle w miejscu podwią-



Ryc. 1. Linia cięcia, z którego uzyskuje się jednocześnie dostęp do t. udowej wspólnej, dalszej części t. udowej powierzchownej, t. podkolanowej oraz do żyły odpiszczelowej (żyła narysowana drobną linią przerywaną).

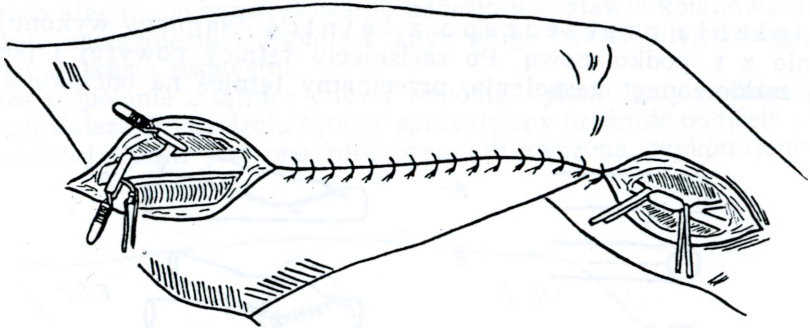


Ryc. 2. A — podwiązanie bocznych gałęzi w przygotowanej do przeszczepów żyłe odpiszczelowej tuż przy ich odejściu od głównego pnia powoduje znaczne zwężenie światła przeszczepu po wypełnieniu go krwią pod ciśnieniem. B — podwiązanie 3—5 mm od głównego pnia zapobiega powstaniu zwężeń.

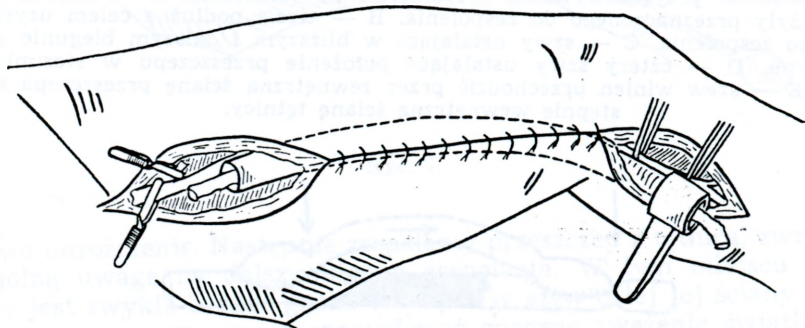
zanych gałązek) nacinamy delikatnie błonę zewnętrzną. Niepodwiązane gałązki, co udaje się stwierdzić dopiero po wypełnieniu żyły pod dużym ciśnieniem, podwiązujemy lub zeszywamy szwem naczyniowym 5—0. Następnie zdejmujemy zacisk z przyśrodkowego bieguna i przepłukujemy żyłę roztworem fizjologicznym z dodatkiem heparyny (2 cm heparyny w 500 ml 0,9% NaCl).

Przygotowanie tętnic do przeszczepu omijającego. Po bardzo dokładnym opanowaniu krwawienia środkową część rany po wyciętej żyły odpiszczelowej zeszywamy, pozostawiając niezaszyte tylko

końcowe 10 cm odcinki w okolicy pachwinowej i na goleni (ryc. 3). Stwarzają one bardzo dobry dostęp do t. udowej wspólnej i podkolanowej. Odsłaniamy t. udową wspólną i początkową część t. udowej powierzchownej na odcinku 6 cm, odnajdujemy t. udową głęboką. Wszystkie drobne gałęzie odchodzące od t. udowej wspólnej (*a. epigastrica superficialis*, *a. circumflexa femoris superficialis*, *a. pudenda externa superficialis et profunda*) zaciskamy czasowo podwójną pętlą z miękkiej struny. Następnie



Ryc. 3. Po wyjęciu żyły odpiszczelowej odsłonięto t. udową wspólną i t. podkolanową. Środkowa część rany została zeszyta.



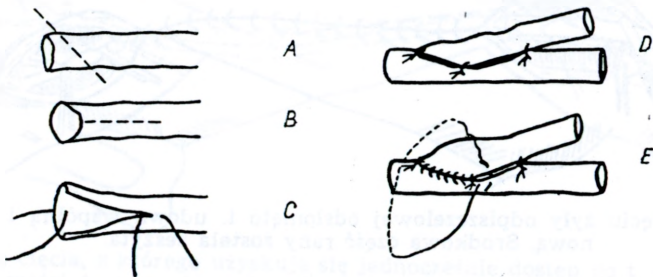
Ryc. 4. Przygotowany przeszczep żylny przeprowadza się wzdłuż naczyń udowych za pomocą specjalnego wziernika.

odsłaniamy t. podkolanową na goleni. Po przecięciu powięzi m. trójgłowego łydki odsuwamy mięsień ku dołowi. Tuż pod kością piszczelową odnajdujemy tętnicę, zwykle zrosniętą z żyłą podkolanową i innymi drobnymi gałęziami żylnymi. Wyosabniamy ją na odcinku 4 cm, podkładamy pod nią 2 cewniki gumowe i wyciągamy z głębi rany ku powierzchni, co znacznie ułatwia późniejsze wykonanie zespolenia (ryc. 3).

Umieszczanie przeszczepu. Celem wytworzenia odpowiednio szerokiego łożyska dla przeszczepu wprowadzamy wzdłuż t. udowej powierzchownej od okolicy podkolanowej do pachwiny specjalny wziernik (ryc. 4), wykonany zwykle własnym sposobem z rektoskopu. Przez wzier-

nik przeprowadzamy przeszczep żylny, pamiętając o tym, by biegun obwodowy żyły znajdował się przy t. udowej wspólnej, zaś biegun przyśrodkowy przy t. podkolanowej. Takie ułożenie przeszczepu jest niezbędne, by istniejące w nim zastawki żyłne pozwoliły na przepływ krwi od t. udowej do podkolanowej. Celem uniknięcia skręcenia się przeszczepu po jego przeprowadzeniu przez wziernik, należy przez znajdującą się jeszcze w bliższym biegunie przeszczepu kaniulę wstrzyknąć szybkim strumieniem 40—60 cm płynu. Dzięki temu przeszczep wyprostuje się i zyska ułożenie najbardziej fizjologiczne. Po tym zabiegu usuwamy wziernik.

Zespolecie przeszczepu z tętnicą. Najpierw wykonujemy zespolenie z t. podkolanową. Po zaciśnięciu tętnicy powyżej i poniżej miejsca zamierzonego zespolenia, przecinamy tętnicę na odcinku 2 cm.



Ryc. 5. Schemat przygotowywania przeszczepu do zespolenia. A — skośne cięcie bieguna żyły przeznaczonego do zespolenia. B — cięcie podłużne celem uzyskania szerokiego zespolenia. C — szwy ustalające w bliższym i dalszym biegunie ujścia przeszczepu. D — cztery szwy ustalające położenie przeszczepu w stosunku do tętnicy. E — szew winien przechodzić przez zewnętrzną ścianę przeszczepu a następnie wewnętrzną ścianę tętnicy.



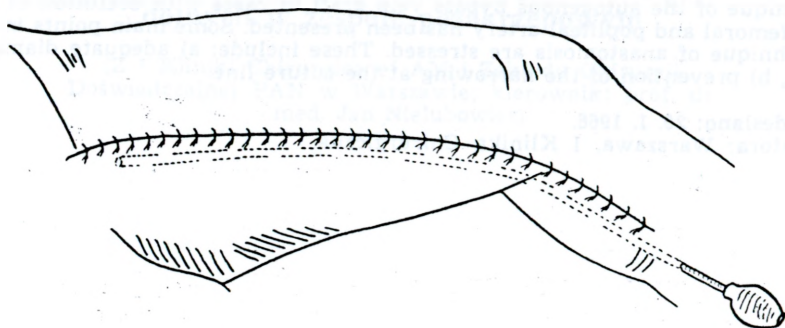
Ryc. 6.

Sprawdzamy drenikiem drożność tętnicy w kierunku goleni oraz wstrzykujemy do niej 20 cm roztworu fizjologicznego soli z heparyną. Biegun żyły przecinamy jak na ryc. 5A, B i łączymy z tętnicą czterema szwami ustalającymi (ryc. 5C, D). Następnie szwem ciągłym, atraumatycznym 5—0 zaszywamy ścianę żyły ze ścianą tętnicy, chwytając przeciętnie 2 mm żyły i 2 mm tętnicy. Kierunek szwu winien biec zawsze od zewnętrznej krawędzi przeciętej żyły ku wewnętrznej krawędzi przeciętej tętnicy (ryc. 5E). Należy zwrócić uwagę na miejsca, które szczególnie łatwo ulegają zwężeniu w czasie zycia. Jedno z nich znajduje się w dalszym biegunie zespolenia z t. podkolanową (strzałka w lewej części ryc. 6). W tym miejscu należy brać w szew możliwie jak najmniej ściany tętnicy, chwytając o ile możliwości jedynie błonę zewnętrzną. Po zakończonym dalszym

zespoleniu wypełniamy przeszczep od góry roztworem soli z heparyną, sprawdzając szczelność szwu. W miejscach nieszczelnych zakładamy dodatkowe szwy, przywiązując jednocześnie wolne 0,5 cm odcinki mięśnia.

Przed wykonaniem bliższego zespoleenia ustalamy długość przeszczepu. Naciągamy lekko bliższą część przeszczepu i zaznaczamy miejsce znajdujące się na poziomie bliższego końca naciętej tętnicy. Następnie zluźniamy przeszczep o 2 cm i pozostały nadmiar żyły odcinamy. Zbyt krótki przeszczep ulegnie po wyprostowaniu kończyny w stawie kolanowym nadmiernemu naciągnięciu, natomiast zbyt długi będzie ulegał zaginaniu w okolicy dalszego zespoleenia.

Bliższe zespoleenie z tętnicą udową wspólną wykonujemy podobnie, jak zespoleenie dalsze. Po nacięciu tętnicy sprawdzamy drożność odejścia t. udowej głębokiej. Jeżeli jest ona niedrożna lub zwężona, wykonujemy do-



Ryc. 7.

datkowo udrożnienie. Następnie zespalamy przeszczep z tętnicą, zwracając szczególną uwagę na dalszy biegun zespoleenia. W tym miejscu ściana tętnicy jest zwykle bardzo gruba i wzięcie w szew całej jej ściany razem ze ścianą przeszczepu może spowodować znaczne zwężenie światła żyły (ryc. 6, strona prawa). Z tego powodu staramy się chwycić w szew jedynie błonę zewnętrzną lub tylko część ściany tętnicy.

Zdjęcie zacisków. Przed zdjęciem zacisków z tętnicy anestezjolog dokładnie oznacza ciśnienie krwi oraz przetacza co najmniej 500 ml krwi. Teraz zdejmujemy zaciski z t. podkolanowej, następnie z udowej powierzchownej i głębokiej a wreszcie z t. udowej wspólnej. W miejscach, w których szew jest nieszczelny zakładamy tampon lub gazik na około 5—7 min. Jeśli po tym czasie krwawienie nie ustało, zakładamy dodatkowe szwy pojedyncze.

Zabiegi końcowe. Po dokładnym opanowaniu krwawienia z miejsca po wyciętej żyły odpuszczelowej pozostawiamy plastikowy dren o średnicy 4 mm, długości 40—50 cm, z licznymi bocznymi otworami. Dalszy biegun drenu przeprowadzamy przez niewielkie nacięcie w zdrowej skórze poniżej dalszego bieguna cięcia (ryc. 7). Tkanekę podskórną i skórę zeszywamy bardzo szczelnie. Następnie do drenu podłączamy gruszkę ssącą, która odsysa całą wydzielinę z rany przez okres 3—5 dni.

Я. Нелюбович, В. Ольшевски

ОПЕРАЦИОННОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ОБХОДНОГО СОБСТВЕННОГО
ВЕНОЗНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ
БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ

Содержание

Авторы описывают технику обходного собственного венозного трансплантата при непроходимости бедренной и подколенной артерии, применяемого в I Хирургической Клинике М. А. в Варшаве. К наиболее важным техническим проблемам следует отнести соответствующую ширину просвета трансплантата без сужения трансплантата.

J. Nielubowicz, W. Olszewski

OPERATIVE PERFORMANCE OF AUTOLOGOUS BRIDGING VENOUS GRAFT
FOR THE OCCLUSION OF THE FEMORAL ARTERY

Summary

The technique of the autogenous bypass vein graft in cases with occlusion of the superficial femoral and popliteal artery has been presented. Some main points in the surgical technique of anastomosis are stressed. These include: a) adequate diameter of the graft, b) prevention of the narrowing at the suture line.

Pracę nadesłano: 20. I. 1966.

Adres autora: Warszawa, I Klinika Chirurgiczna.