

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії і може бути використаний при виконанні стегово-підколінного артеріального шунтування у випадках облітеруючого атеросклерозу.

Відомий спосіб виконання стегово-підколінного артеріального шунтування, який включає формування проксимального та дистального анастомозів алопротеза [1]. Недоліком цього способу є розвиток великої кількості ускладнень, таких як стеноз анастомозів.

Найближчим аналогом є спосіб виконання стегово-підколінного артеріального шунтування, який включає формування проксимального анастомозу алопротеза та дистального з аутовенозною вставкою [2].

Недоліком аналогу є велика кількість післяопераційних ускладнень у вигляді тромбозу реконструйованого сегменту, в зв'язку з значним гемодинамічним ударом і турбулентністю кровепотоку.

Задачею винаходу є розробка такого способу виконання стегово-підколінного артеріального шунтування, який за рахунок вшивання "клиноподібної" аутовенозної вставки при формуванні дистального анастомозу забезпечив би зниження кількості післяопераційних ускладнень у вигляді тромбозу реконструйованого сегменту, зменшивши гемодинамічний удар і турбулентність кровепотоку.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі виконання стегово-підколінного артеріального шунтування, який включає формування проксимального анастомозу алопротеза та дистального з аутовенозною вставкою, згідно з винаходом при формуванні дистального анастомозу задню стінку протеза розсікають і вшивають "клиноподібну" аутовенозну вставку, розширюючи просвіт анастомозу.

Формування дистального анастомозу, де задню стінку протеза розсікають і вшивають "клиноподібну" аутовенозну вставку, розширюючи просвіт анастомозу дозволяє знизити кількість післяопераційних ускладнень у вигляді тромбозу реконструйованого сегменту і стенозу анастомозу, тому що значно зменшується сила гемодинамічного удару на одиницю площі підколінної артерії, а також значно зменшується турбулентність кровепотоку.

Спосіб виконують таким чином. З доступу у верхній третині гомілки виділяють підколінну артерію. Після інтраопераційної ревізії виконують артеріотомію підколінної артерії в регіоні, вільному від оклюзуючої атеросклеротичної бляшки. Формують дистальний анастомоз між алопротезом та підколінною артерією по типу "кінець в бік" за участю "клиноподібної" аутовенозної вставки, яку спочатку вшивають в задню стінку протеза, а потім підшивають до артерії. Проксимальний анастомоз формують між алопротезом і стеговою артерією по типу "кінець в бік".

Приклад.

Хворий Н., 61 рік, історія хвороби №2279 поступив до відділення хірургії магістральних судин Інституту Хірургії та Трансплантології 14.05.2001р. На підставі клінічних і лабораторних досліджень був встановлений діагноз: облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок IV стадії, оклюзія стегово-підколінного сегменту справа, цукровий діабет II типу, стадія компенсації. 24.05.2001р. хворому була виконана операція. З доступу в верхній третині правої гомілки поширене розсічені анатомічні структури, виділена підколінна артерія. Проксимальні відділи артерії оклюзовані атеросклеротичною бляшкою. В зоні вільної від атеросклеротичного секвестру виконана артеріотомія підколінної артерії, отримали задовільний дистальний кровообіг. За допомогою атравматичної нитки сформували дистальний анастомоз між алопротезом і підколінною артерією по типу "кінець в бік" за участю аутовенозної вставки. Спочатку вену "клиноподібної" форми підшили до задньої стінки протезу, а потім сформовану структуру вшили в артеріотомний отвір підколінної артерії. Наступним етапом сформували проксимальний анастомоз між алопротезом та стеговою артерією по типу "кінець в бік". Післяопераційний період протікав гладко, на 10 добу після операції хворий був виписаний до дому. При контрольному обстеженні через 6 і 12 місяців відмічена прохідність стегово-підколінного шунта, ішемія кінцівки відсутня, дистанція вільної ходьби 300м.

За запропонованим способом прооперовано 3 хворих, ускладнень не спостерігалось. Навпаки, у 3 контрольних хворих, що оперовані за способом найближчим аналогом відмічено тромбоз шунта у 2 з них, що потребувало виконання повторної операції.

Таким чином, порівняння способу виконання стегово-підколінного артеріального шунтування з найближчим аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє знизити кількість післяопераційних ускладнень.

Джерела інформації:

1. Eagleton Matthew J., Ouriel Kenneth, Shortell Cynthia, Green Richard M. Femoral-infrapopliteal bypass with prosthetic grafts // Surgery. - 1999. - Vol.126. - P.759-65.

2. Jakobsen H.L., Baekgaard N., Christoffersen J.K. Below-knee Popliteal and Distal Bypass with PTFE and Vein Cuff // Eur J Vase Endovasc Surgery. - 1998. - Vol. 15. - N4. - P.327-330. (найближчий аналог).