



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **24573** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/88

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ ПОВЕРХНЕВОЇ СТЕГНОВОЇ АРТЕРІЇ

1

2

(21) u200700333

(22) 15.01.2007

(24) 10.07.2007

(46) 10.07.2007, Бюл. № 10, 2007 р.

(72) Арбузов Ігор Васильович, Спірін Юрій Сергійович

(73) Арбузов Ігор Васильович, Спірін Юрій Сергійович

(57) Спосіб виконання реконструкції поверхневої стегнової артерії, що включає виділення ураженої

оклюзією ділянки артерії та її здорових ділянок, виділення аутовени для шунтування та анастомозування аутовени зі здоровими ділянками артерії, який **відрізняється** тим, що під час операції обов'язково здійснюють виділення та реваскуляризацію крупних колатералей, які розташовані на проксимальній та дистальній межах ураження поверхневої стегнової артерії, а як аутовену використовують велику підшкірну вену.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема, до судинної хірургії, і стосується виконання реконструкції поверхневої стегнової артерії для лікування пацієнтів із облітеруючими захворюваннями артерій нижніх кінцівок.

Відомий спосіб виконання реконструкції поверхневої стегнової артерії, який включає виділення ураженої оклюзією ділянки артерії та її здорових ділянок, у виділенні аутовени для шунтування та анастомозування аутовени зі здоровими ділянками артерії по типу „кінець в бік”. В якості ауто венозного шунта використовується ділянка проміжної вени верхньої кінцівки з цефалічної біфуркацією. [Русин В.І., Корсак В.В., Липчій О.С. „Спосіб лікування оклюзії в стегново-підколінному сегменті” патент України на винахід UA31404A, 15.12.00 Бюл. №7, 2000]

Недоліками цього способу є те, що під час реконструкції не виділяються та не реваскуляризуються крупні колатеральні гілки, що завжди розташовуються на рівні проксимальної та дистальної межі оклюзованої артерії внаслідок чого зменшується сумарний просвіт дистального русла, що створює гемодинамічно менш сприятливі умови на ділянці дистального анастомозу. Це скорочує термін функціонування шунтів. Також в разі виникнення в ранньому після операційному періоді тромбозу аутовенозного шунту завжди розвивається критична ішемія нижніх кінцівок в наслідок відсутності адекватного колатерального кровотоку. Така ішемія потребує виконання або повторних втручань, або ампутації н/к.

Задачею корисної моделі „Спосіб виконання реконструкції поверхневої стегнової артерії” є шляхом виділення та реваскуляризації крупних колатеральних гілок, що завжди розташовуються на рівні проксимальної та дистальної межі оклюзованої артерії, забезпечити, - збільшення сумарного просвіту дистального русла, та створити цим гемодинамічно більш сприятливі умови на ділянці дистального анастомозу, тим самим збільшити термін функціонування шунтів. За рахунок збереження колатерального кровотоку не допустити розвитку критичної ішемії нижньої кінцівки в разі тромбозу шунта в ранньому післяопераційному періоді.

Це досягається тим, що в способі виконання реконструкції поверхневої стегнової артерії, що складається з виділення ураженої оклюзією ділянки артерії та її здорових ділянок, у виділенні аутовени для шунтування та анастомозування аутовени зі здоровими ділянками артерії, під час операції обов'язково здійснюють виділення та реваскуляризацію крупних колатералей, що розташовані на проксимальній та дистальній межах ураження поверхневої стегнової артерії, а в якості ауто вени використовують велику підшкірну вену.

Реконструкція поверхневої стегнової артерії виконується шляхом виділення ураженої оклюзією ділянки артерії та її здорових ділянок, виділення крупних колатералей на ділянках проксимальної та дистальної межі оклюзії, виконання відкритої ендартеректомії із їх гирл, у виділенні сегменту великої підшкірної вени для шунтування та анастомо-

(19) **UA** (11) **24573** (13) **U**

зування аутовени зі здоровими ділянками артерії по типу „кінець в кінець” з обов'язковою ревазуляризацією проксимальної та дистальної колатералі.

Технічний результат

Виконання реконструкції поверхневої стегнової артерії можливо з одночасною ревазуляризацією крупних колатеральних гілок, що розташовані на ділянках проксимальної та дистальної межі оклюзії. Ця важлива ознака дає можливість збільшення сумарного просвіту дистального русла, та створення цим гемодинамічно більш сприятливих умов на ділянках дистального анастомозу, тим самим збільшується термін функціонування шунтів. За рахунок збереження колатерального кровотоку дає можливість не допустити розвиток критичної ішемії нижньої кінцівки в разі тромбозу шунта в ранньому післяопераційному періоді.

Спосіб складається із наступних операцій: виділяють ураженої оклюзією ділянки артерії та її здорових ділянок; виділяють крупні колатералі на ділянках проксимальної та дистальної межі оклюзії; виконують відкриту ендартеректомію із гірл колатералей; виділяють сегменту великої підшкірної вени для шунтування; анастомозують аутовени зі здоровими ділянками артерії по типу „кінець в кінець” з обов'язковою ревазуляризацією проксимальної та дистальної колатералі.

Спосіб здійснюють наступним чином

Після обробки операційного поля розчином йоду, медіальним доступом на стегні виділяється поверхнева стегнова артерія на рівні початку та закінчення оклюзії. Виділяються крупні колатералі, що розташовані на рівні початку та закінчення ураження та виділяються ділянки здорової артерії на протязі до 5-ти см. Уражена артерія пересікається спочатку в поперек, а потім розсікається по передньої стінки до 3-ох см з переходом розтину на здорову частину. Далі виконується відкрита ендартеректомія із проксимальних та дистальних кукс поверхневої стегнової артерії та з гірл колатералей. Надлишок бокових стінок артерії відсікається. Таким чином створюються площадки для формування дистального та проксимального анастомозів, що складаються з ділянок дезоблітерованої поверхневої стегнової артерій та крупних колатералей. В русло вводиться розчин гепарину. За традиційним способом здійснюється забір, дилатація та реверсія великої підшкірної вени стегна. За допомогою проленової монофіламентної ниті №4 формується дистальний анастомоз між великою підшкірною веною та дистальним сегментом дезоблітерованої поверхневої стегнової артерій. Тип анастомозу „кінець в кінець”.

Особливістю дистального анастомозу є те, що завжди його складовою частиною є крупна дистальна колатераль, що впадає в поверхневу стегнову артерію на границі ураження. Далі велика підшкірна вена анастомозується за аналогічним принципом з проксимальним сегментом дезоблітерованої поверхневої стегнової артерії. Також складовою частиною проксимального анастомозу є колатераль, що відходить від границі ураження. Після пуску кровотоку проводиться контроль герметичності швів, та в разі необхідності накладаються додаткові шви. Післяопераційні рани зашиваються пошарове та залишається гумовий дренаж.

Приклад

Хворий М. 60 років (i/x №02233) поступив у відділення хірургії судин Херсонської обласної клінічної лікарні 05.09.05. При надходженні скаржився на біль постійного характеру в пальцях лівої стопи. Об'єктивно у хворого відсутня пульсація на підколінній артерії та нижче ліворуч. Пальці лівої стопи холодні, шкіра блідного кольору. В ділянках дистальної фаланги першого пальця вологий некроз. Температура шкіри пальців 20 градуси, під час реовазографії та ультразвукової доплерографії встановлено ознаки периферичного вазоспазму, зменшення рівня кровопостачання та збільшення величини периферичного опору пальцевих артерій. Пульсаційний індекс 0.9. При рентгенографії стопи - ознаки деструкції кістки проксимальної та середньої фаланг 1 пальця. При ультразвуковому ангіоскануванні виявлено оклюзію поверхневої стегнової артерії на всьому протязі. Встановлено діагноз облітеруючого атеросклерозу IV ступінь порушення кровопостачання нижньої кінцівки (за класифікацією Фонтейна). Волога гангрена першого пальця лівої стопи.

Хворому виконана реконструкція поверхневої стегнової артерії за розробленою методикою. Одночасно виконана екзартикуляція першого пальця стопи. Після операції пальці стопи набули рожевого кольору, шкірна температура збільшилась до 24 градусів. Повторна реовазографія та ультразвукова доплерографія показали нормалізацію рівня кровопостачання та величини периферичного опору та тону пальцевих артерій. Пульсаційний індекс - 3.0. Рани загоїлись первинним натягом. Через 10 дні в задовільному стані хворого було виписано на амбулаторне лікування за місцем проживання.

В Херсонській обласній клінічній лікарні успішно виконано 20 подібних оперативних втручань хворим з облітеруючими захворюваннями артерій нижніх кінцівок.