



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37250 (13) U

(51) МПК (2006)

A61B 17/32

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СТЕНОЗУ ВНУТРІШНЬОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ

1

2

(21) u200806577

(22) 15.05.2008

(24) 25.11.2008

(46) 25.11.2008, Бюл.№ 22, 2008 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA,
ПРАСОЛ ВІТАЛІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA, ПУЛЯ-
ЄВА ІННА СЕРГІЙВНА, UA, ТРОЯН ВОЛОДИМИР
ІВАНОВИЧ, UA, ЗАРУДНИЙ ОЛЕГ ОЛЕКСАНДРО-
ВИЧ, UA, РУДЕНКО КАТЕРИНА ОЛЕКСАНДРІВНА,
UA(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬ-
НОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕ-
ДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", UA(57) Спосіб лікування стенозу внутрішньої сонної
артерії, що включає виконання ендартеректомії і
вшивання латки в аріотомний отвір, який **відріз-**
няється тим, що латку вшивають двома швами,
при цьому один з швів складає 1/4-1/6 периметра
латки.

Корисна модель стосується судинної хірургії і може бути використана для лікування стеноза внутрішньої сонної артерії при виникненні ускладнень, наприклад, у вигляді тромбозу, в процесі проведення відкритої ендартеректомії з вшиванням синтетичної латки.

Відомий спосіб лікування стеноза внутрішньої сонної артерії згідно з [книгою Белова Ю.В. "Руководство по сосудистой хирургии" см. М.- «Деново».- 2000.- С.56-57]. Він включає ендартеректомію з вшиванням синтетичної латки із ксеноперикарду або поліестера, або PTFE. Довжина латки повинна відповідати розрізу артерії, а ширина складає 10-15мм в залежності від діаметра внутрішньої сонної артерії (ВСА) (чим більше артерія, тим ширше латка). Латку вшивають в розріз безперервним обвивним швом ниткою 6,0 з двома голками. Шов починають з дистального кута розрізу артерії, тобто з ВСА по типу «з латки на артерію», а завершують шиття у проксимального кута артерії, тобто на загальну сонну артерію (ЗСА).

До його недоліків слід віднести необхідність зняття всієї латки в ранньому післяопераційному періоді в разі виникнення тромбозу, що подовжує час повторної операції та ішемію головного мозку.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті і результату, що досягається, є спосіб лікування стенозу внутрішньої сонної артерії, що його описано в [книзі А.В. Покровського "Клиническая ангиология" см. М.- Медицина.- 2004.- С.330-332]. Він включає виконання ендартеректомії і вшивання латки в аріотомний отвір, при цьому латку вшивають безперервним швом однією ниткою.

До недоліків описаного способу слід віднести те, що в наступному, в ранньому післяопераційному періоді, якщо виникає тромбоз оперованої артерії, для тромбектомії є необхідність зняття всієї латки. Останнє подовжує час повторної операції, інтраопераційної ішемії головного мозку і створює загрозу повторного інтраопераційного інсульту. При цьому травмується вся поверхня стінки артерії по ходу раніше накладеної латки, що створює ризик утворення травматичних мас при повторно-му вшиванні латки.

В основу корисної моделі поставлене завдання скорочення часу повторної операції і зменшення ризику ішемії головного мозку при виникненні тромбозу в ранньому післяопераційному періоді.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі лікування стенозу внутрішньої сонної артерії, який включає виконання ендартеректомії і вшивання латки в аріотомний отвір, згідно з корисною моделлю латку вшивають двома швами, при цьому один із швів складає 1/4-1/6 периметра латки.

Вшивання латки двома швами дозволяє при виникненні тромбозу в повторній операції зняти нитку у дистального кута аріотомної рани і здійснити тромбектомію із загальної сонної артерії (ЗСА) і внутрішньої сонної артерії (ВСА) без знімання всієї латки та її перешивання, що знижує ризик наступного тромбозу і пережимання ЗСА.

Заявнику невідоме вшивання двома швами і обрання конкретних параметрів цих швів з метою забезпечення можливості знімання одного із них при тромбектомії у випадку виникнення тромбозу в ранньому післяопераційному періоді.

(13) U

(11) 37250

(19) UA

Докладний опис способу суміщений з прикладом його конкретного виконання в клініці.

Клінічний приклад.

Хворий С, 64 роки, надійшов до клініки ІЗНХ АМНУ зі скаргами на часті головні болі, зниження слуху, зору. Обстежений. По даним УЗД виявляється бляшка у вусті ЗСА, яка звужує просвіт артерії на 75%. Поставлений діагноз: дисциркуляторна енцефалопатія 2ст. Стеноз ПЗСА 75%. В плановому порядку здійснена операція - відкрита ендартеректомія із ПЗСА з вшиванням синтетичної латки двома нитками згідно з методикою, яка заявляється. Через 2 години у хворого виникла клініка тромбозу ЗСА, що було підтверджено да-

ними УЗД. Хворий в ургентному порядку оперований. Зняті шви з післяопераційної рани. При ревізії ЗСА і її біфуркації, включаючи ЗСА, не пульсують, в отворі наявні тромботичні маси. Знята нитка з синтетичної латки, здійснена тромбектомія шляхом аспірації, отриманий адекватний ретро- і антеградний кровоток. Дистальний відділ латки вшитий новою ниткою. Період відновлення кровотоку по ЗСА склав 9хв. Хворий виписаний після зняття швів з післяопераційної рани у задовільному стані.

Таким чином вшита двома нитками латка дозволила прискорити час операції і скоротити період ішемії головного мозку.