



УКРАЇНА

(19) UA (11) 43881 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОБЛІТЕРУЮЧИХ УРАЖЕНЬ АРТЕРІЙ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

1

2

(21) u200901713

(22) 27.02.2009

(24) 10.09.2009

(46) 10.09.2009, Бюл.№ 17, 2009 р.

(72) НІКУЛЬНІКОВ ПАВЛО ІВАНОВИЧ, ЯЩУК  
ЮРІЙ ІГНАТОВИЧ, КОЗАРЬ СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ,  
ЧЕБУРАХІН МИКОЛА ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЛІКСУ-  
НОВ ОЛЕКСАНДР ВІКТОРОВИЧ

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ  
АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб хірургічного лікування облітеруючих  
уражень артерій нижньої кінцівки, що включає ен-

дартеректомію з уражених артерій та накладання  
алашунта між ділянкою артерії стегна та дисталь-  
но з підколінною артерією, який **відрізняється**  
тим, що після ендартеректомії формують задню  
стінку проксимального анастомозу з устя глибокої  
та поверхневої артерій стегна шляхом зшивання  
медіальних країв цих артерій і спереду анастомоз  
доповнюють, підшиваючи алошунт, а дистальний  
анастомоз виконують вище гілок колінного суглоба  
по типу кінець-в-кінець.

Корисна модель відноситься до медицини, а  
саме до судинної хірургії і може бути використана  
при хірургічному лікуванні облітеруючих захворю-  
вань нижніх кінцівок, а саме при поєднаному ура-  
женні магістральних артерій стегново-підколінного  
сегменту.

Відомий спосіб хірургічного лікування обліте-  
руючих уражень нижньої кінцівки, який включає:  
ендартеректомію з уражених артерій та накладан-  
ня алошунта між проксимальною неураженою ді-  
лянкою стегнової артерії та дистальне з підколін-  
ною артерією по типу кінець - в - бік. [Tretinyak A.  
et al. Revascularization and quality of life for patient  
with limb threatening ischemia // Ann Vase Surg.-  
2001.- Vol. 15.- P.84-88].

Недоліком аналога є велика кількість усклад-  
нень у вигляді тромбозу, а також закриття діючих  
колатералей через низьку пропускну здатність та  
невідповідність приймаючого та притікаючого рус-  
ла.

Задачею корисної моделі є розробка такого  
способу хірургічного лікування облітеруючих ура-  
жень нижньої кінцівки, який за рахунок формуван-  
ня проксимального анастомозу із медіальних сті-  
нок глибокої артерії стегна (ГАС) та поверхневої  
артерії стегна (ПАС), а дистальний анастомоз шу-  
нта по типу кінець - в - кінець, забезпечив би зме-  
нення кількості післяопераційних ускладнень у  
вигляді тромбозів шунта, сприяв би збільшенню  
кількості колатералей і запобігав формуванню  
стенотичних утворень в зоні анастомозів у відда-  
леному післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що в  
способі хірургічного лікування облітеруючих ура-  
жень артерій нижньої кінцівки, який включає енда-  
ртеректомію з уражених артерій та накладання  
алашунта між ділянкою артерії стегна та дисталь-  
не з підколінною артерією, згідно корисної моделі  
після ендартеректомії, формують задню стінку  
проксимального анастомозу з гирла глибокої та  
поверхневої артерій стегна шляхом зшивання ме-  
діальних країв цих артерій і спереду анастомоз  
доповнюють підшиваючи алошунт, а дистальний  
анастомоз виконують вище гілок колінного суглобу  
по типу кінець - в - кінець.

Формування задньої стінки проксимального  
анастомозу шляхом зшивання медіальних країв  
глибокої та поверхневої артерій стегна, а спереду  
доповнення анастомозу підшиванням алошунта, а  
також виконання дистального анастомозу вище  
гілок колінного суглобу по типу кінець - в - кінець,  
забезпечує зниження післяопераційних усклад-  
нень у вигляді тромбозу, збільшення ємкості при-  
ймаючого русла, зменшення периферійного опору  
кровотоку, що сприяє збільшенню діаметру кола-  
тералей. Подібне відновлення кровотоку в стегно-  
во-підколінному сегменті забезпечує більш фізіо-  
логічний потік крові завдяки оптимальному  
співвідношенню діаметрів з'єднаних артерій.

Спосіб здійснюють таким чином: У верхній  
третині стегна виділяють та беруть на турнікети  
стегнові артерії - ГАС і ПАС, у ямці Жобера виді-  
ляють підколінну артерію (ПКА). Після відкритої  
ендартеректомії з гирла ГАС і ПАС, шляхом зши-  
вання медіальних країв цих артерій формують

UA (19) 43881 (13) U

задню стінку проксимального анастомозу. Проксимальний анастомоз спереду доповнюють підшиваючи алошунт, який через міжм'язовий простір на стегні проводять до неуразеної частини підколінної артерії і формують дистальний анастомоз з нею по типу „кінець - в - кінець". Пошарово зашивають рани, ставлять дренажі.

Приклад . Хворий Д., історія хвороби №3185, поступив до відділення магістральних судин 14.05.08 р. В результаті клініко-інструментального дослідження був встановлений діагноз: Облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок III ступеня, реоклюзія стегново-підколінного сегменту справа, критична ішемія правої нижньої кінцівки. 20.05.08р. у хворого була виконана операція. З медіального доступу вверху виділили підколінну артерію, її трифуркацію, взявши їх на турнікети. При ревізії підколінної артерії встановлено, що вона стенозована в області трифуркації на 70%, початкові відділи передньо- та задньогомілкових артерій прохідні. В ямці Жобера після висічення старого післяопераційного рубця виділили підколінну артерію, в зоні переходу її в ПАС вона була оклюзована. Після ендартеректомії у зоні стенозу вище трифуркації отримали достатній ретроградний кровоток з великогомілкових артерій, а також гілок гомілкового суглобу. Артеріотомний отвір зашиваємо за допомогою ауто- венозної латки.

В ділянці переходу ПАС в підколінну, підколінну артерію відсікли і в неї вшили алопротез з політетрафторетилену діаметром 6 по типу „ кінець-в-кінець".

Провели ревізію стегнових артерій з латерального доступу: ПАС оклюзована від устя на всьому протязі, ГАС - від устя до перших гілок. Після артеріотомії загальної стегнової артерії з переходом на ГАС і ПАС проводили ендартеректомію з дистального відділу загальної стегнової артерії та початкових відділів ГАС і ПАС. Отримали задовільний ретроградний кровоток з ГАС і пульсуючий кровоток з загальної стегнової артерії. ПАС була перев'язана і відсічена приблизно на відстані 3см від устя, а потім зшивши медіальні краї ГАС і ПАС сформували задню стінку майбутнього проксимального анастомоза. Провівши алошунт в міжм'язовому просторі вверх, наклали анастомоз між алошунтом і сформованим гирлом ПАС і ГАС по типу „ кінець-в-бік".

Після зняття зажимів артерії та алошунт пульсували задовільно, шви анастомозів герметичні. Наклали пошарові шви на рану, вставили дренажі. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Через 12 діб були зняті шви. Хворий був виписаний для продовження амбулаторного лікування під контролем судинного хірурга. При контрольному обстеженні через 6 місяців - шунт функціонує, прояви критичної ішемії пройшли.

Даним способом прооперовано 5 хворих, післяопераційних тромбозів як ранніх, так і віддалених не спостерігалось. На відміну цьому, з 5 хворих, прооперованих згідно аналогу у трьох наступив тромбоз реконструйованого сегменту.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволило знизити кількість післяопераційних ускладнень у вигляді тромбозів.