



УКРАЇНА

(19) UA (11) 47049 (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 ПРОФІЛАКТИКИ ЕМБОЛІЇ НИРКОВИХ АРТЕРІЙ ПРИ ТРОМБЕКТОМІЇ З ЧЕРЕВНОЇ ЧАСТИНИ АОРТИ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ЛЕРІША**

1

2

(21) u200908682

(22) 18.08.2009

(24) 11.01.2010

(46) 11.01.2010, Бюл.№ 1, 2010 р.

(72) АРБУЗОВ ІГОР ВАСИЛЬОВИЧ, СПІРІН ЮРІЙ  
СЕРГІЙОВИЧ, ГАРДУБЕЙ ЄВГЕНІЙ ЮРІЙОВИЧ

(73) АРБУЗОВ ІГОР ВАСИЛЬОВИЧ, СПІРІН ЮРІЙ  
СЕРГІЙОВИЧ, ГАРДУБЕЙ ЄВГЕНІЙ ЮРІЙОВИЧ

**(57)** Спосіб профілактики емболії ниркових артерій під час тромбектомії з черевної частини аорти при реконструктивних втручаннях у пацієнтів з синдромом Леріша, яка включає перетискання обох ниркових артерій, з наступним видаленням тромботичних мас з її просвіту, який **відрізняється** тим, що ниркові артерії перетискаються II та IV пальцем правої руки без їх попередньої дисекції.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема, до судинної хірургії, і стосується профілактики емболії ниркових артерій при тромбектомії з черевної частини аорти під час реконструкції інфраренального відділу черевної аорти у пацієнтів із облітеруючим атеросклерозом аорто - здухвинного сегменту (синдромом Леріша).

Відомий спосіб профілактики емболії ниркових артерій при реконструкції черевної частини аорти передбачає широку дисекцію ниркових артерій та перетискання їх за допомогою спеціальних судинних затискачів. Далі пальцями руки чи спеціальним компресором перетискають аорту нижче відходження ниркових артерій, пересікають її поперечно, підтягують пінцетом тромб на себе та тимчасово звільняють аорту. За рахунок тракції тромбу та тиску крові в аорті проводять тромбектомію. Контрольним пуском крові з аорти оцінюють адекватність звільнення аорти від тромбів, а візуальним контролем ревізують гирла ниркових артерій, щоб виключити вірогідність відшарування інтими та наявність флотуючих тромбів [Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники.-М.; ДеНово,2000. С.107.].

Недоліками цього методу є те, що під час виконання традиційної методики тромбектомії виникає потреба у виділенні та взятті на затискачі обох ниркових артерій, а це в свій час призводить до більшої травматичності та збільшує час оперативного втручання.

Задача корисної моделі " Спосіб профілактики емболії ниркових артерій при тромбектомії з черевної частини аорти при реконструктивних втручаннях у пацієнтів з синдромом Леріша " є шляхом

пальцевого притискання ниркових артерій без їх попередньої дисекції забезпечити - профілактику емболії ниркових артерій при тромбектомії з черевної частини аорти. Це дасть можливість значно знизити травматичність та загальний час оперативного втручання.

Це досягається перетисканням II та IV пальцем правої руки двох ниркових артерій на рівні їх гирл. III палець правої руки розташовується по передній стінці черевної аорти на 2см проксимальніше рівня аортотомії. Далі III пальцем правої руки шляхом натискання на передню стінку черевної аорти видаляються тромботичні маси. Отже пальцеве перетискання обох ниркових артерій при тромбектомії з черевної частини аорти у хворих з синдромом Леріша є надійною та простою методикою профілактики емболії ниркових артерій, ця важлива ознака дає можливість скоротити час та зменшити травматичність оперативного втручання.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після виділення та взяття на трималки і перетискання черевної частини аорти, II та IV пальцем правої руки перетискають праву та ліву ниркові артерії. Далі III пальцем правої руки шляхом натискання на передню стінку черевної аорти видаляються тромботичні маси з її просвіту, після чого закривається аортальний затискач нижче рівня відходження ниркових артерій. Потім контрольним пуском крові з аорти оцінюють адекватність звільнення аорти від тромбів, а візуальним контролем ревізують гирла ниркових артерій, щоб виключити вірогідність відшарування інтими та наяв-

(13) U

(11) 47049

(19) UA

ність флотуючи тромбів. Далі проводять подальшу реконструкцію черевної аорти.

Приклад. Хворого 48 років (i/x 00942) госпіталізовано у відділення серцево-судинної хірургії зі скаргами на біль в обох нижніх кінцівках при ходьбі на відстань до 20 м, болі в спокої в області пальців правої стопи, наявність трофічних виразок в II та III міжпальцевому проміжку правої стопи. Хворіє протягом останнього року, за останній час стан значно погіршився. Під час обстеження встановлено: пульсація аорти значно ослаблена, відсутність пульсації на загальній стегновій артерії з обох сторін. Хворому виконане ультразвукове дуплексне сканування черевної аорти та магістральних артерій нижніх кінцівок. Виявлено: висока оклюзія черевної частини аорти (з рівня відходження ниркових артерій), оклюзія загальних клубових артерій з

обох сторін, оклюзія поверхневої стегнової артерії праворуч. Встановлено діагноз: Атеросклероз. Синдром Леріша, висока оклюзія черевної аорти. Оклюзія поверхневої стегнової артерії праворуч. Хронічна артеріальна недостатність 4-ої стадії. В плановому порядку виконано аорто-стегнове біфуркаційне протезування. Перед накладанням проксимального анастомозу виконано тромбектомію з черевної аорти з профілактикою емболії ниркових артерій за розробленою методикою. В післяопераційному періоді магістральний артеріальний кровоток відновлено. У хворого зникли ознаки критичної ішемії нижньої кінцівки, дистанція ходьби без болю збільшилась, рани загоїлись. Ознак гострої чи хронічної ниркової недостатності немає.