



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 48513

(13) A

(51) 6 A61B10/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ОПТИМАЛЬНОГО КУТА АНАСТОМОЗУ СУДИН

1

2

(21) 2001096427

(22) 20 09 2001

(24) 15 08 2002

(46) 15 08 2002, Бюл. № 8, 2002 р.

(72) Родін Юрій Володимирович, Пічка В'ячеслав Володимирович, Антонов Євген Вікторович, Конова-лова Катерина Олександрівна, Адаменко Наталія Валентинівна

(73) ІНСТИТУТ НЕВІДКЛАДНОЇ І ВІДНОВНОЇ
ХІРУРГІЇ АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб формування оптимального кута анастомозу судин, який включає проведення анастомозування кінця у бік під гострим кутом, який відрізняється тим, що проводиться жорстка фіксація кута анастомозування до реципієнтної артерії, на підставі чого формуються оптимальні умови для гемодинаміки

Винахід відноситься до медицини, а саме до, судинної хірургії, та може бути використаний для оптимального утворення анастомозів при будь-яких судинних операціях з використанням ауто вени

Існують різні методи утворення анастомозів. Біленцов С.М. (2000) пропонує накладення анастомозів мікросудин "кінець у кінець" шляхом накладення двох швів-трималок на передній та задній губи анастомозу та накладення останніх швів поміж держалками за умовою повороту судин на 90°, потім 180°, при чому накладення першого шва-трималки проводиться на середині задньої губи анастомозу, другого - майже напроти нього, на 11 годині передньої губи [1]

Найбільш близьким аналогом способу, що за-являється, вибраним як прототип, є робота Niels-Henrik Staalsen and all (1995) [2], які пропонують виконувати анастомозування поліуретановим протезом відповідного діаметра реципієнтної судини "кінець у бік" під гострим кутом не більш 45°

Недоліком цих методів є те, що утворений кут анастомозу не фіксується, у наслідку чого при зміщенні навколо анастомозних тканин може змінюватися кут анастомозу, що спричиняє порушення гемодинаміки

В основу винаходу покладено задачу формування оптимальних умов для підтримки постійного кута анастомозування судин - жорстка фіксація кута анастомозування

Поставлена задача вирішується тим, що хворим проводиться анастомозування "кінець у бік" під гострим кутом з подальшою фіксацією до реципієнтної артерії, на підставі чого формуються оп-

тимальні умови для гемодинаміки у шунті

Наслідком формування гострого кута і його фіксації є формування оптимальних умов для гемодинаміки у шунті

Спосіб застосовують таким чином для здійснення анастомозування впроваджується інтраопераційний забір стовбура великої підшкірної вени ноги (СВПВН) з латеральним притоком, який легується у місті упадання у СВПВН, потім у просвіт латерального притоку вводиться синтетичний матеріал. Між артерією реципієнтом та реверсованим СВПВН відбувається анастомозування "кінець у бік" під гострим кутом не більш 45°, потім здійснюється фіксація кута анастомозу за допомогою латерального притока шляхом підшивання його до адвентціальної оболонки реципієнтної артерії

Конкретні приклади здійснення способу

Історія хвороби №11425. Хворий Безденежнев А.І. 60 років. Поступив до відділення судинної хірургії ІНВХ м. Донецьк 04.12.2000р з діагнозом "Атеросклеротичний стеноз клубових артерій, оклюзія стегнових артерій. Ішемія правої ноги III ст., лівої ноги II_а ст." Дані УЗДГ (апарат Siemens Sonoline Elegra) на периферії нижніх кінцівок: коллатеральний кровообіг. Артеріальний тиск (АТ) праворуч: стегнова артерія - 130 мм рт.ст., задньогомілкova артерія - 60 мм рт.ст., плечовогомілкoвий індекс (ПП) - 0,38. АТ ліворуч: стегнова артерія - 120 мм рт.ст., задньогомілкoва артерія - 100 мм рт.ст. ПП - 0,63.

Заключення: атеросклеротичний стеноз загальних стегнових артерій (до 30-40%), оклюзія по-верхньої стегнової артерії, коллатерально викона-лась підкопінна артерія і гомілкові артерії,

(19) UA (11) 48513 (13) A

підшв'яна дуга праворуч не лоцирується

07.12.2000 була виконана операція стегово-підколінне проксимальне аутовенозне шунтування праворуч з жорсткою фіксацією кута анастомозу, аутовенозна артеріолізація задньої великогомілкової вени. У післяопераційному періоді за даними УЗДГ шунт функціонує, по шунту магістральний кровообіг з венозним компонентом, венозна та артеріальна сіть функціонують, вихровий потік

відсутній, спостерігається регрес ішемії

Джерела інформації

1 Заявка на изобретение России МПК А61 В17/11, 2000

2 Niels -Henrik Staalsen end all The anastomosis angle does change the flow fields at vascular end-to-side anastomoses in vivo Vascular surgery 3, 1995

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)

вул. Сим'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна

(044) 456 – 20 – 90

ТОВ «Міжнародний науковий комітет»

вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна

(044) 216 – 32 – 71