



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 54059

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД  
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ  
ВЛАСНИКА  
ПАТЕНТУ**(54) СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК ПРИ ТРОМБОЗІ ТА ДЕВІАЦІЇ БРАНШІ ПРОТЕЗА КРОВОНОСНОЇ СУДИНИ ПІСЛЯ АОРТО-СТЕГНОВОГО ШУНТУВАННЯ**

1

2

(21) 2002043539

(22) 26 04 2002

(24) 17 02 2003

(46) 17 02 2003, Бюл. № 2, 2003 р.

(72) Губка Олександр Вікторович, Шестакова Анжеліка Борисівна

(73) ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, Губка Олександр Вікторович, Шестакова Анжеліка Борисівна

(57) Спосіб оперативного лікування ішемії нижніх кінцівок при тромбозі та девіації бранші протеза кровеносної судини після аорто-стегнового шунтування шляхом виконання латерального доступу до стегнових артерій, протеза та дистального анастомоза, ревізії дистального русла, тромбектомії з протеза, реконструкції дистального анастомоза, який відрізняється тим, що протез підтягують дистально та виконують неоінтимальне з'єднання із протезом

Винахід стосується медицини, а саме, судинної хірургії, і може бути використаним у лікуванні ішемії нижніх кінцівок при тромбозі та девіації протезу кровеносної судини після аорто-стегнового шунтування. Існують способи оперативного лікування ішемії нижніх кінцівок при тромбозі та девіації протезу кровеносної судини після аорто-стегнового шунтування, але вони пов'язані з втратою багатої кількості крові та технічними проблемами під час операції, інші способи недостатньо ефективні, призводять до повторних тромбозів.

Відомий спосіб оперативного лікування ішемії нижніх кінцівок при тромбозі та девіації протезу кровеносної судини після аорто-стегнового шунтування, який полягає у заміні аорто-стегнового протезу, ревізії дистального артеріального русла і реконструкції дистального анастомоза (Сухарев І. І. Хирургия атеросклероза сосудов у больных сахарным диабетом - К, 1993 - С 187, 188).

Спільні суттєві ознаки аналога і винаходу, що заявляється, є такі,

- проведення хірургічного втручання
- ревізія дистального артеріального русла
- реконструкція дистального анастомозу

Цей спосіб пов'язаний з втратою багатої кількості крові та технічними проблемами під час заміни протезу, більш травматичний та потребує багато часу.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у виконанні латерального доступу до стегнових артерій, протеза та дистального анастомозу, тро-

мбектомії з протезу, ревізії дистального артеріального русла, реконструкції дистального анастомозу (Сухарев І. І. Хирургия атеросклероза сосудов у больных сахарным диабетом - К, 1995 - С 182, 186). Спільними суттєвими ознаками прототипу і винаходу, що заявляється є такі

- латеральний доступ до стегнових артерій, протеза та дистального анастомоза
- тромбектомія з протеза
- ревізія дистального русла
- реконструкція дистального анастомозу

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому що не завжди вдається при тромбозі та девіації ввести в протез катетер для проведення тромбектомії, а в разі вдалого проходження катетера не завжди є умови для адекватної та повноцінної тромбектомії. Треба узяти до уваги, що після оперативного лікування цим способом зберігався девіація протеза, що може привести до розвитку повторного тромбозу, ішемії нижніх кінцівок і повторного оперативного втручання.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу оперативного лікування ішемії нижніх кінцівок при тромбозі та девіації протезу кровеносної судини після аорто-стегнового шунтування шляхом введення додаткових етапів оперативного лікування, що забезпечить підвищення ефективності оперативного лікування і зменшить кількість рецидивів.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає латеральний доступ до стегнових артерій, протеза та дистального анасто-

(13) A

(11) 54059

(19) UA

зу, тромбектомію з протезу, ревізію дистального русла, реконструкцію дистального анастомозу, новим є те, що протез підтягують дистально та виконують неінтимектомію із протезу

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у такому

Підтягування протезу у дистальному напрямку після відділення його від наружної сполученої оболонки призводить до вирівнювання шляху протезу, що дозволяє легко ввести судинний катетер і виконати повноцінну тромбектомію. Крім того, вирівнювання протеза є профілактикою його повторного тромбоза

Неінтимектомія із протеза дозволяє виконати більш повноцінну тромбектомію, збільшується внутрішній діаметр протезу, підвищується об'ємна швидкість кровотоку. Неінтимектомія є профілактикою повторного тромбозу протеза

Таким чином, введення вищезазначених додаткових етапів дозволить підвищити ефективність оперативного лікування, знизити кількість ускладнень та рецидивів. Спосіб здійснюють таким чином

В асептичних умовах виконується латеральний доступ до стегнових артерій. З рубців виділяється дистальний фрагмент протеза, дистальний анастомоз, загальна, поверхнева та глибока стегові артерії. Накладається стискувач на поверхневу та глибоку стегові артерії, а також на протез. Розсікається протез. За допомогою судинного катетера типу "Фогарті" виконується тромбектомія з дистального русла до отримання задовільного кровотоку. Вузький шпатель вводиться між протезом та його наружною сполученою оболонкою, виконується відділення протеза від його оболонки. Накладується стискувач на протез зразу ж під пупартовою зв'язкою, та помірно підтягується протез у дистальному напрямку. Після цієї маніпуляції протез має прямий хід, що дозволяє ввести судинний катетер типу "Фогарті" та виконати адекватну тромбектомію і неінтимектомію до отримання доброго центрального кровотоку. Виконується економна резекція фрагмента протеза, зручна для анастомозування. Формується дистальний анастомоз між функціонуючими артеріями стегна та протезом. Знімаються стискувачі з артерій, потім з протеза. Герметизація анастомозу. Ушивання рани

Приклад. Хворий Д., 62 лет (історія хвороби №13698) знаходився на лікуванні у відділенні судинної хірургії з 06.09.94 по 15.09.94 з діагнозом "Облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кін-

цівок. Стан після операції аорто-стегове шунтування зліва (1987р). Тромбоз протеза (2 доби). Гостра ішемія лівої нижньої кінцівки II А ст. "Скарги" на оніміння, болі у спокої у лівій нижній кінцівці

Анамнез захворювання хворі облітеруючим атеросклерозом близько 10 років. У 1987 році переніс операцію аорто-стегове шунтування зліва. За останні 2 доби з'явилися вищезазначені скарги. Поступив ургентно

Обстеження. Загальний стан середньої важкості. Шкіра бліда, чиста. Над легенями везикулярне дихання. Тони серця ритмічні, глухі. Пульс 76 за хв. Артеріальний тиск 130 та 90 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Локальний статус лівої ступні бліда, з мрамуровим малюнком, холодна. Активні рухи та чутливість збережені. Пульсація відсутня на усіх рівнях. Права ступня тепла, рожева. Активні рухи та чутливість збережені. Пульсація периферична

Клініко-біохімічні показники у межах вікової норми. Ургентно виконана транслюмбальна аортографія. Тромбоз протеза. Ургентно виконана операція за способом, що пропонується, а саме

В асептичних умовах виконувався латеральний доступ до стегнових артерій зліва. З рубців виділявся дистальний фрагмент протеза, дистальний анастомоз, загальна, поверхнева та глибока стегові артерії. Накладавалися стискувачі на поверхневу та глибоку стегові артерії, а також на протез. Розсікався протез. За допомогою судинного катетера "Фогарті" виконувалась тромбектомія з дистального русла, отримав задовільний кровоток. Вузький шпатель вводився між протезом та його наружною сполученою оболонкою, виконувалось відділення протеза від його оболонки. Накладувався стискувач на протез зразу ж під пупартовою зв'язкою, та помірно підтягувався протез у дистальному напрямку. Після цієї маніпуляції протез має прямий хід, введений судинний катетер "Фогарті" та виконана тромбектомія і неінтимектомія, отримано добрий центральний кровоток. Витягнуто 1,5 см надлишку протеза. Фрагмент протеза був економко резектований. Формувався дистальний анастомоз між функціонуючими артеріями стегна та протезом. Знімалися стискувачі з артерій, потім з протеза. Герметизація анастомоза. Отримана добра пульсація вище та нижче анастомоза. Ушивання рани

Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Шви знято на 9 добу. Кровообіг у лівій нижній кінцівці компенсований. Пульсація на підколінній артерії