



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **59645** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
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 ОБЛІТЕРУЮЧОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ СОННИХ І ПІДКЛЮЧИЧНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ З ДЕКОМПЕНСОВАНОЮ СУДИННО-МОЗКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

1

2

(21) u201013044

(22) 03.11.2010

(24) 25.05.2011

(46) 25.05.2011, Бюл.№ 10, 2011 р.

(72) НІКУЛЬНІКОВ ПАВЛО ІВАНОВИЧ, РАТУШ-
НЮК АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЛІКСУНОВ
ОЛЕКСАНДР ВІКТОРОВИЧ, БАБІЙ ОЛЕГ ЛЕОНІ-
ДОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА
ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НА-
МН УКРАЇНИ

(57) Спосіб хірургічного лікування облітеруючого атеросклерозу сонних та підключичних артерій у хворих з декомпенсованою судинно-мозковою недостатністю, який включає сонно-підключичне шунтування з формуванням дистального анастомозу по типу "кінець у бік" з підключичною артерією дистальніше місця оклюзії, який відрізняється тим, що проксимальний анастомоз шунта формують з устям оклюзованої внутрішньої сонної артерії після попередньої ендартеректомії з неї.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії і може бути використана при реконструкціях сонних та підключичних артерій у випадках поєданого атеросклеротичного ураження останніх - оклюзії внутрішньої сонної артерії та першої порції підключичної артерії з синдромом підключично-хребцевого обкрадання та декомпенсованою судинно-мозковою недостатністю.

Відомий спосіб лікування облітеруючого атеросклерозу сонних і підключичних артерій у хворих з декомпенсованою судинно-мозковою недостатністю, який включає сонно-підключичне шунтування з проксимальним анастомозом в неуражених початкових відділах загальної сонної артерії та дистальним анастомозом по типу «кінець в бік» з підключичною артерією дистальніше оклюзії. При цьому захист головного мозку від ішемії виконують шляхом встановлення тимчасового шунта у загальній сонній артерії. [П.О.Казанчян, С.И. Скрылев, Ю.С.Матюшов, Т.В.Рудакова «Хирургическое лечение окклюдированных поражений подключичных артерий»; Хирургия, 2001;№7;стр.8-11].

Недоліком аналога є необхідність використання внутрішньо просвітнього шунта, а разом з тим необхідність тимчасового перетискання загальної сонної артерії при встановленні та видаленні шунта, ризиком ушкодження та відриву фрагментів інтими загальної сонної артерії шунтом, що може призвести до гемодинамічних чи емболічних ішемічних церебральних ускладнень.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування облітеруючого атеросклерозу сонних і підключичних артерій у хворих з декомпенсованою судинно-мозковою недостатністю, який за рахунок формування проксимального анастомозу у місці відходження внутрішньої сонної артерії, після попередньої ендартеректомії з її початкового відділу, дозволяв би зменшити кількість інтра та післяопераційних церебральних ішемічних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування облітеруючого атеросклерозу сонних і підключичних артерій у хворих з декомпенсованою судинно-мозковою недостатністю, який включає сонно-підключичне шунтування з формуванням дистального анастомозу по типу "кінець у бік" з підключичною артерією дистальніше місця оклюзії, який відрізняється тим, що проксимальний анастомоз шунта формують з устям оклюзованої внутрішньої сонної артерії після попередньої ендартеректомії з неї.

Формування проксимального анастомозу шунта з гирлом оклюзованої внутрішньої сонної артерії після попередньої ендартректомії з неї забезпечує зниження кількості інтра та післяопераційних церебральних ішемічних ускладнень, так як при цьому не перетискається загальна сонна артерія, немає необхідності в використанні тимчасового внутрішньо просвітнього шунта і відсутня ішемія головного мозку.

(19) **UA** (11) **59645** (13) **U**

Спосіб виконують наступним чином. Із надключичного доступу виділяють підключичну артерію дистальніше місця оклюзії, беруть на турнікети. Одночасно із доступу по внутрішньому краю m. sternocleidomastoideus виділяють біфуркацію загальної сонної артерії, початковий відділ внутрішньої сонної артерії, останню беруть на турнікети. Накладають затискач на устя оклюзованої внутрішньої сонної артерії, останню пересікають на 1 см дистальніше затискача, виконують напіввідкриту ендартеректомію з устя внутрішньої сонної артерії. Послідовно формують анастомози шунта: проксимальний - з устям внутрішньої сонної артерії "кінець в кінець" та дистальний з підключичною артерією по типу "кінець в бік". Шунт попередньо проводять під кувальним м'язом та внутрішньою яремною веною. Рани пошарово ушивають з залишенням активних дренажів.

Приклад. Хворий К. 63 роки. Поступив у відділення хірургії магістральних судин 14.10.2010р. з скаргами на головні болі, головокружіння, слабкість та парестезії в лівій верхній кінцівці при фізичних навантаженнях. Проведене раніше консервативне лікування - без позитивного ефекту. За даними УЗДС виявлена оклюзія лівої внутрішньої сонної артерії на всьому протязі, оклюзія першої порції лівої підключичної артерії, синдром підключично-хребцевого обкрадання. При перетисканні лівої загальної сонної артерії хворий втрачає свідомість, з'являються судоми, лінійна швидкість кровоплину в лівій середній мозковій артерії знижується 0,55 м/с до 0, відсутній приріст пікової систолічної похідної в лівій середній мозковій артерії при проведенні тесту з гіперкапією, що свідчить про декомпенсацію компенсаторних можливостей церебрального кровоплину.

27.10.2010р. хворому виконали оперативне втручання. Із надключичного доступу виділили підключичну артерію дистальніше місця оклюзії, взяли на турнікети. Одночасно із доступу по внутрішньому краю m. sternocleidomastoideus виділили

біфуркацію загальної сонної артерії, початковий відділ внутрішньої сонної артерії, останню взяли на турнікети. Наклали затискач на устя оклюзованої внутрішньої сонної артерії, останню пересікли на 1 см дистальніше затискача, виконали напіввідкриту ендартеректомію з устя внутрішньої сонної артерії. Послідовно сформували анастомози шунта : проксимальний - з устям внутрішньої сонної артерії "кінець в кінець" та дистальний з підключичною артерією по типу "кінець в бік". Шунт попередньо провели під кивальним м'язом та внутрішньою яремною веною. Як шунт використана реверсована велика підшкірна вена з лівого стегна. При формуванні анастомозів використано атравматичну нитку Prolen 5.0. Шви анастомозів герметичні; доступні обстеженню загальна, зовнішня та внутрішня сонні артерії, шунт, підключична та хребцева артерії пульсують. Пошарово ушиті операційні рани з залишенням дренажів. Тривалість оперативного втручання 2 години 05 хвилин. Загальна та зовнішня сонна артерії не перетискалися.

Під час операції та в післяопераційному періоді церебральних ішемічних ускладнень не спостерігалось. Рани гоїлись первинним натягом. Хворий в задовільному стані виписаний для подальшого амбулаторного лікування. На момент виписки за даними дуплексного сканування, сонно-підключичний шунт функціонує, кровоток по лівій хребцевій артерії антеградний. Градієнт артеріального тиску між верхніми кінцівками відсутній. Клінічні прояви хвороби відсутні.

По запропонованому способу прооперовано 3 хворих, церебральні ішемічні ускладнення відсутні. Порівняно у 3 хворих оперованих за аналогом час перетискання загальної сонної артерії та інтраопераційної ішемії головного мозку складав 15-20 хвилин, у 1 хворого трапився ішемічний інсульт.

Таким чином використання розробленого способу дозволяє зменшити кількість інтра та післяопераційних церебральних ішемічних ускладнень.