



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 60535

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПОРАНЕНЬ ВЕРХНЬОЇ СІДНИЧНОЇ АРТЕРІЇ

1

2

(21) 2002119271

(22) 21 11 2002

(24) 15 10 2003

(46) 15 10 2003, Бюл. № 10, 2003 р.

(72) Зарицький Олександр Богданович, Кузьменко  
Олександр Вікторович, Мамедалієв Навруз Али-  
Огли(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-  
ВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО(57) Спосіб хірургічного лікування поранення верх-  
ньої сідничної артерії, що включає оперативний

доступ до артерій з подальшим відокремленням, перев'язуванням і зашиванням рани, який відрізняється тим, що оперативний доступ виконують з подальшим попаданням у заочеревинний простір і відокремленням та перев'язуванням основних стовбурів парієтальних гілок внутрішньої здухвинної артерії: нижню сідничну, латеральну крижову, затульну, а також гілки зовнішньої здухвинної артерії: нижню надчеревну, глибоку, огинаючу клубову кістку.

Винахід належить до медицини і може застосовуватися при лікуванні поранень верхньої сідничної артерії.

Операція при кровотечі з верхньої сідничної артерії, як правило, зводиться до перев'язування стовбура верхньої здухвинної артерії або до перев'язування стовбура верхньої сідничної артерії.

Відомий хірургічний спосіб лікування поранень верхньої сідничної артерії [1], що включає оперативний доступ, відокремлення і перев'язування артерії з подальшим зашиванням рани. При цьому здійснюють перев'язку внутрішньої здухвинної артерії.

Недоліки цього способу лікування виникнення в більшості випадків вторинних кровотеч з верхньої сідничної артерії після лікування вищевказаної судини, високий відсоток летальних випадків.

Відомий також хірургічний спосіб лікування поранення верхньої сідничної артерії [2], що включає оперативний доступ, відокремлення і перев'язування артерії, зашивання рани. При цьому здійснюють перев'язку зовнішньої здухвинної артерії.

Недоліки цього способу лікування виникнення вторинних кровотеч,

порушення кровопостачання органів тазу, високий відсоток летальних випадків.

Найбільш близьким за технічного сутністю до способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування поранення верхньої сідничної артерії [3], котрий включає оперативний доступ, відокремлення і перев'язування артерії, зашивання рани. Його

здійснюють за допомогою великого дугоподібного шматкового розтину з додаванням у ряді випадків перетину або відтягнення вниз грушоподібного м'яза і при відтягненні вгору середнього сідничного м'яза й трепанації краю великої сідничної вирізки з подальшим перев'язуванням стовбура верхньої сідничної артерії.

Основні недоліки цього способу: велика імовірність вторинних кровотеч, значна травматичність.

В основу винаходу поставлено завдання, що до створення способу лікування поранення верхньої сідничної артерії, котрий сприяє зменшенню травматичності, зниженню імовірності виникнення повторних кровотеч, зниженню післяопераційної летальності.

Сутність способу полягає в тому, що здійснюють оперативний доступ, відокремлення і перев'язування артерії з подальшим зашиванням рани.

Спосіб виконують за допомогою позачеревного доступу в заочеревинний простір до основного стовбура внутрішньої здухвинної артерії та лігують основні парієтальні гілки внутрішньої здухвинної артерії: нижню сідничну артерії, латеральну крижову артерії, затульну артерії, гілку зовнішньої здухвинної артерії: нижню надчеревну артерії, глибоку артерії, що огинає клубову кістку, - оскільки ці артерії можуть у різних варіантах мати виражені анастомози з ушкодженою судиною, що може призводити до виникнення вторинних кровотеч, навіть у разі перев'язування основного стовбура верхньої сідничної артерії.

Парієтальні гілки, що підлягають перев'язу-

(13) A

(11) 60535

(19) UA

ванню, відокремлюють по задньомедіальному півколу внутрішньої здухвинної артерії, при ньому перебуваючи під парієтальним листком тазової фасції, яку під час відокремлення судин відсувають за допомогою кровоспинних затискачів. При відокремленні судин у фаціальний футляр внутрішньої здухвинної артерії вводять 0,5% розчин новокаїну 10мл (для профілактики рефлексного розширення анастомозів при відокремленні судин і їх перев'язуванні), відокремлені судини розсікають між двома затискачами за допомогою скальпеля зі знімним побутовим лезом, що застерігатиме від рефлексного розширення анастомозів.

Приклад. Хворий В. 42 років у результаті шахтної травми одержав поранення в ділянці сідниці. Незважаючи на ПХОР, стан хворого стабільно погіршувався: тахікардія змінилася брадикардією, з'явився систолічний шум на верхівці, АТ знизився до 100/70. В загальному аналізі крові в динаміці відмічалася зменшення кількості еритроцитів, погіршення КП крові. Виставлено діагноз: внутрішня кровотеча.

Хворому під ендотрахеальним наркозом виконано позачеревний доступ до магістральних судин органів таза. Поетапно між затискачами було розітнуто й перев'язано гілки внутрішньої здухвинної артерії: нижньої сідничної, латеральної крижової, затульної та гілки зовнішньої здухвинної артерії: нижньої надчеревної і глибокої огинаючої клубову кістку.

З клітковинних просторів таза було евакуйовано до 500мл крові та кров'яних згустків, проведено туалет рани. Після операції рану наглухо зашили. В післяопераційному періоді стан хворого стабілізувався: ознак внутрішньої кровотечі не спостерігалось.

Переваги способу дозволяють не тільки припинити кровотечу з проксимального відділу пошкодженої судини, а й дозволяють запобігти заповненню дистального відрізка кров'ю за рахунок лігування судин, для яких характерним є виражений анастомоз з ушкодженням. При цьому не страждає кровообіг органів таза, котре неминусе настає при перев'язуванні зовнішньої артерії. Крім того, такий доступ є класичним, він добре відомий практичним хірургам. Доступ атравматичний і виключає травми кісток і м'язів цієї ділянки.

#### ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

1 Д.Л. Ваза «Способ перевязки подвздошных сосудов» Хирургия №5, 1946

2 Н.И. Пирогов «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций» Монография 1882 Начало общей военно-полевой хирургии ч. I и II, 1865 Монография

3 М.А. Серебров «Анатомо-хирургическое обоснование операции перевязки ягодичных артерий» 423 стр. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Новосибирск, 1951г.