

Винахід належить до медицини, а саме, до судинної хірургії, і може бути використаний при лікуванні хворих з ішемічною формою синдрому стопи діабетика при оклюзії артерій гомілки та прохідній підколінній артерії і тильній артерії стопи.

Відомі способи хірургічного лікування ішемічної форми синдрому стопи діабетика при оклюзії артерій гомілки та прохідній підколінній артерії і тильній артерії стопи включають виконання аутовенозного підколінно-інфрамалеоларного шунтування в тильну артерію стопи, з перекиданням шунта через великогомілкову кістку по передній її поверхні, або з проведенням шунта через міжкісткову мембрану гомілки [1].

Недоліком цих способів є велика частота післяопераційних тромбозів як наслідок притискання шунта до переднього краю великогомілкової кістки, або стискання шунта в м'язах передньої групи гомілки.

Найближчим аналогом є спосіб хірургічного лікування ішемічної форми синдрому стопи діабетика, який полягає у виконанні аутовенозного підколінно-інфрамалеоларного шунтування в тильну артерію стопи, з перекиданням шунта через великогомілкову кістку в нижній третині по передній її поверхні та формуванням анастомозів по типу кінець в бок [2].

Недоліками аналогу є велика кількість післяопераційних ускладнень в вигляді тромбозу шунта як наслідок притискання шунта до передньої поверхні великогомілкової кістки завдяки реперфузійному набряку кінцівки, травми шунта.

Задачею винаходу є розробка такого способу хірургічного лікування ішемічної форми синдрому стопи діабетика, який, за рахунок виконання каналу в великій гомілковій кістці для проведення шунта на гомілці, забезпечив би зменшення числа післяопераційних ускладнень в вигляді тромбозів і травм шунта.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування ішемічної форми синдрому стопи діабетика, що включає аутовенозне підколінно-інфрамалеоларне шунтування в тильну артерію стопи, згідно з винаходом, для проведення аутовенозного шунта виконують канал в верхній третині великої гомілкової кістки з медіальним отвором в підколінну ямку та латеральним отвором в передній фасціальний простір гомілки під гострим кутом до осі великої гомілкової кістки, після формування дистального анастомоза шунт проводять під шкірою і фасцією в передньому фасціальному просторі гомілки, далі за допомогою металевого провідника - через кістковий канал в підколінну ямку, і формують проксимальний анастомоз.

Виконання каналу в верхній третині гомілкової кістки з медіальним отвором в підколінну ямку та латеральним отвором в передній фасціальний простір гомілки під гострим кутом до осі великої гомілкової кістки, дозволяє провести шунт найкоротшим шляхом і запобігти його здавленню та травми, і таким чином, забезпечити зменшення числа післяопераційних ускладнень в вигляді тромбозів і травм шунта.

Спосіб виконують наступним чином. В проекції переднього фасціального простору гомілки в середній її третині на 2см латерально від переднього краю великогомілкової кістки поздовжньо розрізають шкіру та підшкірну основу на 6см. Виконання каналу в великій гомілковій кістці проводять шляхом свердління, починають з латеральної її поверхні свердлом з діаметром 5-6мм, після заглиблення свердла на 2мм, канал в кістці створюють свердлом з діаметром на 1мм менше за попереднє, під кутом 60 градусів до осі великогомілкової кістки. Після виходу свердла в підколінну ямку, отвір розширюють до 5-6мм. Після формування дистального анастомозу по типу кінець в бок атраumaticною ниткою 7-0 шунт проводять під фасцією гомілки до латерального отвору, з боку підколінної ямки в канал вводять металевий провідник (ангіографічний) до якого фіксують шунт і проводять в підколінну ямку. Після проведення шунта в підколінну ямку заповнюють шунт розчином гепарину (5000 ЕД на 200мл фізіологічного розчину) з метою запобігання перекрута шунта в кістковому каналі. Далі формують проксимальний анастомоз по типу кінець в бок атраumaticною ниткою 5-0. Фасції не зашивають, шкіру зашивають з залишенням в ранах дренажів. Асептична давяча пов'язка.

Приклад.

Хвора П., 72 роки, надійшла до клініки 3.09.2002р., історія хвороби №13006, з діагнозом: синдром стопи діабетика, ішемічна форма, оклюзія артерій правої гомілки, ішемія правої стопи IV ступеню, сухий некроз I пальця правої стопи. Хворіє на цукровий діабет тип 2 на протязі 8 років, лікувалась манінілом - 3 таблетки на добу. 2 місяця тому з'явився та посилювався біль в правій стопі, через місяць утворився сухий некроз I пальця правої стопи, з'явилися ішемічні болі покою в стопі. При огляді права стопа бліда, набрякла, пальпаторно - холодна. Перший палець в стані сухого некрозу, який поширюється на медіальну поверхню стопи. На стегновій і підколінній артеріях пульсація задовільна, на артеріях стопи - відсутня. Сегментарний тиск на передній великогомілковій артерії = 100мм рт. ст., на задній = 80мм рт. ст. (при перетисканні манжеткою середньої третини гомілки і доплерометрії на рівні кісточок). Хворій виконувалась оклюзійна артеріографія на якій визначена оклюзія передньої великогомілкової артерії в нижній третині і задньої - на всьому протязі. Контрастостова тильна артерія стопи і її анастомоз з планторною дугою. 9.09.2002р. виконана операція за розробленим способом. В проекції переднього фасціального простору гомілки в середній її третині на 2см латерально від переднього краю великогомілкової кістки поздовжньо розрізали шкіру та підшкірну основу на 6см. Свердління великогомілкової кістки починаємо з латеральної її поверхні свердлом з діаметром 6мм, після заглиблення свердла на 2мм, канал в кістці створювали свердлом з діаметром 5мм, під кутом 60 градусів до осі великогомілкової кістки. Після виходу свердла в підколінну ямку, отвір розширювали до 6мм. Після формування дистального анастомозу по типу кінець в бок атраumaticною ниткою 7-0 шунт проводили під фасцією гомілки до латерального отвору, з боку підколінної ямки в канал вводили металевий провідник (ангіографічний) до якого фіксували шунт і проводили в підколінну ямку. Після проведення шунта в підколінну ямку заповнювали шунт розчином гепарину (5000 ЕД на 200мл фізіологічного розчину) з метою запобігання перекрута шунта в кістковому каналі. Далі сформували проксимальний анастомоз по типу кінець в бок атраumaticною ниткою 5-0. Зашили шкіру. Пульсація дистального анастомозу була задовільна.

Післяопераційний перебіг без ускладнень тромбозу шунта не відзначено.

З використанням запропонованого способу оперовано 5 хворих.

Післяопераційні ускладнення при спостереженні протягом 2 років: тромбози, травми шунта не відмічені.

Протягом 2 років з використанням способу аналогу оперовано 5 хворих, з них у 2 виник тромбоз шунта через 3 місяця після виконання операції, у 1 була травма шунта з гематомою гомілки.

Таким чином, в порівнянні з найближчим аналогом, використання запропонованого способу дозволяє зменшити число післяопераційних ускладнень в вигляді тромбозів і травм шунта.

Джерела інформації:

1. Сухарев И.И. Хирургия атеросклероза брюшной части аорты и периферических артерий у больных сахарным диабетом. К.: Здоров'я. 1993. -396с.
2. Panneton J.M., Gloviczki P., Bower T.C., Rhodes J.M., and oth. Pedal bypass for limb salvage: impact of diabetes on long-term outcome. Ann Vase Surg 2000 Nov; 14(6):640-7 - найближчий аналог.