



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **64504** (13) **U**  
(51) МПК (2011.01)  
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОЇ ДИФУЗНОЇ АРТЕРІОВЕНОЗНОЇ МАЛЬФОРМАЦІЇ КІНЦІВКИ**

1

2

(21) u201104462

(22) 12.04.2011

(24) 10.11.2011

(46) 10.11.2011, Бюл.№ 21, 2011 р.

(72) ЧЕРНУХА ЛАРИСА МИХАЙЛІВНА, КАШИРОВА ОЛЕНА ВОЛОДИМИРІВНА, ГУЧ АЛЛА ОЛЕКСІЇВНА, ВЛАЙКОВ ГЕОРГІЙ ГЕОРГІЙОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб хірургічного лікування вродженої дифузної артеріовенозної мальформації кінцівки, що включає скелетизацію артеріальних та венозних сегментів магістральних судин кінцівки в зоні мальформації з інтраопераційною емболізацією дистальних гілок, який **відрізняється** тим, що виконують резекцію уражених артеріальних та венозних магістральних судин в зоні мальформації, а відновлення кровотоку здійснюють шляхом протезування артеріального сегмента судинним трансплантатом.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до судинної хірургії, і може бути використана при хірургічному лікуванні дифузної стовлової макрорфістулозної артеріовенозної форми вроджених судинних мальформацій кінцівок.

Відомий спосіб хірургічного лікування вродженої дифузної артеріовенозної мальформації кінцівки, який включає скелетизацію артеріальних та венозних сегментів магістральних судин кінцівки в зоні мальформації з інтраопераційною емболізацією дистальних гілок [В.Н.Дан, СВ.Сапелкин. Ангидисплазии (врожденные пороки развития сосудов). - М., 2008,-с. 110-143].

Недоліком цього способу є висока частота рецидивів захворювання через те, що залишаються диспластичні судини з власною проліферативною активністю, навіть якщо спосіб використовується у сполученні з інтраопераційною емболізацією ангіоматозних тканин. Окрім того, стійкий спазм скелетизованої судини у наслідок перев'язки артеріовенозних сполучень може підсилити ішемію кінцівки, що призведе до ампутації.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування вродженої дифузної артеріовенозної мальформації кінцівки, який за рахунок протезування ураженого мальформацією артеріального сегменту кінцівки, забезпечив би зниження частоти рецидивів та ішемічних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування вродженої дифузної артеріовенозної мальформації кінцівки, який включає скелетизацію артеріальних та венозних сегме-

нтів магістральних судин в зоні мальформації з інтраопераційною емболізацією дистальних гілок, згідно корисної моделі, виконують резекцію уражених артеріальних та венозних магістральних судин в зоні мальформації, а відновлення кровотоку здійснюють шляхом протезування артеріального сегменту судинним трансплантатом.

Резекція уражених артеріальних та венозних магістральних судин в зоні мальформації та протезування резекованого артеріального сегменту судинним трансплантатом відповідного діаметру (венозний ауто трансплантат чи синтетичний судинний протез) дозволяє відновити магістральний кровотік, запобігти рецидиву захворювання та ішемічним ускладненням.

Спосіб виконують наступним чином. Проводять розсічення м'яких тканин на кінцівці лінійним доступом у проекції магістральних судин, що втягнені в зону мальформації. Спочатку виконують скелетизацію артерії та вени в ураженій зоні, в гілки, що беруть участь в утворенні мальформації, інтраопераційно вводять розчин 96% етилового спирту з метою склерозування. Здійснюють резекцію уражених ектазованих магістральних судин (артерії, вени). Відновлення кровотоку виконують шляхом протезування артеріального сегменту судинним трансплантатом відповідного діаметру (конусний синтетичний протез чи аутовена). Анастомози трансплантата з куксою артеріальної судини здійснюють по типу кінець трансплантату у бік кукси у наслідок того, що мають місце патоморфологічні зміни судин в зоні мальформації (ектазія чи аневризма) за рахунок вродженого артеріовеноз-

(13) **U**  
(11) **64504**  
(19) **UA**

ного шунтування. Анастомози обгортають муфтою із судинного протезу. Відновлення венозного кровотоку здійснюється за рахунок системи підшкірних вен. Пошарово зашивають післяопераційну рану, з залишенням дренажів.

Приклад. Хвора Ф., 1989 р.н., історія хвороби № 1419.

Основний діагноз: Вроджена судинна мальформація правої верхньої кінцівки, дифузна стволова макрофістульозна артеріовенозна форма. Стан після операцій: скелетизації плечової артерії та її біфуркації (1992 р.), скелетизації променевої артерії (2006 р), рентгеноваскулярної облітерації променевої артерії в нижній третині (2006 р.).

Ускладнення: Гематогенний остеомієліт, некроз дистальних та середніх фаланг 3,4 пальців правої кисті. Сколіоз грудного відділу хребту.

Супутний діагноз: Мітральна вада з переважанням недостатності 2 ст., мінімальна вада. Відкриті овальне вікно. Сн 1 ст.

4.03.09. під загальним знеболюванням виконана скелетизація та резекція аневризми правої

плечової артерії та вени, інтраопераційна емболізація розчином етилового спирту 96%; плече-променево протезування армованим конусним експлантатом Gore-Tex (d 6 mm), легування правої ліктьової артерії, невроліз серединного нерву; некротомія 3 пальцю правої кисті на рівні середньої фаланги. В пізньому післяопераційному періоді проявів рецидиву захворювання в зоні оперативного втручання та ішемічних ускладнень не було. За запропонованим способом проліковано 5 хворих, у всіх операція виконана без післяопераційних ускладнень, рецидивів захворювання в зоні оперативного втручання не було відмічено. В той час, як серед 5 хворих, пролікованих за способом аналогом, стійкий артеріальний ангіоспазм наступив у 2 хворих, у 1 пацієнта це привело до необоротних змін з виконанням ампутації кінцівки. Рецидив захворювання спостерігався у 2 хворих.

Порівняння з аналогом показує, що застосування даного способу дозволяє знизити частоту рецидивів захворювання та прояви ішемічних ускладнень.