



УКРАЇНА

(19) UA (11) 64531 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ МОБІЛІЗАЦІЇ СЕГМЕНТА МАГІСТРАЛЬНОЇ ВЕНИ В ЗОНІ АРТЕРІОВЕНОЗНОЇ МАЛЬФОРМАЦІЇ

1

2

(21) u201104627

(22) 15.04.2011

(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 НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб мобілізації сегмента магістральної вени в зоні артеріовенозної мальформації, що включає виділення сегмента вени по передній та бічній поверхнях, взяття її на турнікети, який **відрізняється** тим, що виконують поетапну перев'язку дистального та проксимального сегментів вени, після чого перев'язують гілки та роз'єднують артеріовенозні сполучення, які впадають у задне-бічну поверхню венозної магістралі.

Корисна модель належить до медицини, а саме до судинної хірургії, і може бути використана при хірургічному лікуванні дифузної стоволової макрорфістульозної артеріовенозної форми вроджених судинних мальформацій кінцівок і таза.

Відомий спосіб мобілізації сегмента магістральної вени в зоні артеріовенозної мальформації, який включає виділення сегмента вени по передній та бічній поверхнях, взяття її на турнікети та перев'язку гілок, що відходять від задньої поверхні, під час підняття вени на турнікетах [Ю.В. Белов. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. – М., 2000, - с.427-430].

Недоліком цього способу є висока частота геморагічних ускладнень (кровотечі), унаслідок пошкодження артеріовенозних сполучень під час підняття вени на турнікетах, також є ризик пошкодження стінки вени при її мобілізації через патоморфологічні зміни венозної стінки в зоні артеріовенозної мальформації у вигляді ектазії чи аневризми.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу мобілізації сегмента магістральної вени в зоні артеріовенозної мальформації, який за рахунок поетапної перев'язки вени полегшив би доступ до гілок та артеріовенозних сполучень, що впадають у задне-бічну поверхню венозної магістралі, що забезпечить зниження частоти геморагічних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у спосіб мобілізації сегмента магістральної вени в зоні артеріовенозної мальформації, який включає виділення сегмента вени по передній та бічній

поверхнях, взяття її на турнікети, згідно з корисною моделлю, виконують поетапну перев'язку дистального та проксимального сегментів вени, після чого перев'язують гілки та роз'єднують артеріовенозні сполучення, що впадають у задне-бічну поверхню венозної магістралі.

Мобілізація сегмента магістральної вени в зоні артеріовенозної мальформації шляхом поетапної перев'язки вени, завдяки зменшенню кровонаповнення венозного сегмента, дозволяє без кровотрати перев'язати гілки та роз'єднати артеріовенозні сполучення, що впадають у задне-бічну поверхню венозної магістралі і, таким чином, знизити частоту геморагічних ускладнень.

Спосіб виконують наступним чином. Проводять розсічення м'яких тканин на кінцівці лінійним доступом у проекції магістральних судин, що втягнені в зону мальформації або заочеревинним доступом при тазовій локалізації артеріовенозної мальформації. Спочатку виконують скелетизацію артерії в ураженій зоні, в гілки, що беруть участь в утворенні мальформації, інтроопераційно вводять розчин 96 % етилового спирту з метою склерозування.

Мобілізацію сегмента магістральної вени в зоні артеріовенозної мальформації виконують шляхом виділення сегмента вени по передній та бічній поверхнях, взяття її на турнікети, вену мобілізують, поетапно перев'язуючи дистальний та проксимальний сегменти, після чого перев'язують гілки та роз'єднують артеріовенозні сполучення, що впадають у задне-бічну поверхню венозної магістралі.

(19) UA (11) 64531 (13) U

Здійснюють резекцію уражених ектазованих магістральних судин (артерії, вени). Відновлення кровотоку виконують шляхом протезування артеріального сегмента судинним трансплантатом відповідного діаметра (конусний синтетичний протез чи аутовена). Анастомози трансплантата з куксою артеріальної судини здійснюють по типу кінець трансплантата у бік кукси унаслідок того, що мають місце патоморфологічні зміни судин в зоні мальформації (ектазія чи аневризма) за рахунок вродженого артеріовенозного шунтування. Анастомози обгортають муфтою із судинного протеза. Відновлення венозного кровотоку здійснюється за рахунок системи підшкірних вен. Пошарово зашивають післяопераційну рану, з залишенням дренажів.

Приклад. Хворий П., 1991 р.н., історія хвороби № 619.

Основний діагноз: Вроджена судинна мальформація малого таза і ампутаційної культі лівого стегна, артеріовенозна форма.

Ускладнення: Аневризма загальної та зовнішньої клубової вен, загальної та внутрішньої клубових артерій.

Супутний діагноз: Нейроциркуляторна дистонія по змішаному типу (гіпотонічний та кардіальний), НК 0. Поліпоз шлунку. Хронічний гастродуоденіт.

10.02.11 під загальним знеболенням виконана операція: скелетизація та резекція аневризм за-

льної та зовнішньої клубової вен, загальної та внутрішньої клубових артерій, лігування внутрішньої клубової артерії зліва; протезування загальної клубової артерії експлантатом «Vascutek Gelsoft» діаметром 10 мм.

Мобілізацію сегментів клубових вен в зоні артеріовенозної мальформації виконували наступним чином. Виділили сегмент вени по передній та бічній поверхнях, взяли її на турнікети. Вену мобілізували, поетапно перев'язуючи дистальний та проксимальний сегменти за допомогою хірургічної крученої капронової нитки № 4 та №5, після чого перев'язували гілки та роз'єднували артеріовенозні сполучення, що впадали у задне-бічну поверхню венозної магістралі, за допомогою хірургічної крученої капронової нитки № 3 та №4.

Інтраопераційних геморагічних ускладнень, пов'язаних з мобілізацією магістральних вен в зоні артеріовенозної мальформації, не було.

За запропонованим способом проліковано 3 хворих, у всіх операція виконана без інтраопераційних геморагічних ускладнень. В той час, як серед 25 хворих, пролікованих за способом аналогом, геморагічні ускладнення спостерігалися у 60 % випадків.

Порівняння з аналогом показує, що застосування даного способу дозволяє знизити частоту інтраопераційних геморагічних ускладнень.