

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, может быть использовано для реконструкции брюшной аорты при ее аневризме и атеросклеротической окклюзии.

Известен способ протезирования брюшной аорты при указанных заболеваниях, основанный на резекции пораженной части брюшной аорты, ее замещении аллопротезом [1].

Недостатком этого способа операции является большое число послеоперационных осложнений: нагноение аллопротеза, образование ложных аневризм анастомозов, кровотечения.

Наиболее близким по технической сущности и выбранным за прототип является способ протезирования брюшной аорты включающий резекцию пораженной части аорты, ее замещении аллопротезом и окутывании зон анастомозов аутоканью - участком большого сальника [2].

Однако, существенным недостатком этого способа является развитие не только большого числа указанных послеоперационных осложнений, но и расплавление участка большого сальника, перемещенного в экстраанатомическую позицию. Вследствие этого участок сальника утрачивает свою защитную функцию.

Задачей изобретения является разработка такого способа протезирования брюшной аорты, который за счет выбора новой аутокани для окутывания аллопротеза обеспечивал бы снижение числа послеоперационных осложнений

Поставленная задача решается тем, что в способе протезирования брюшной аорты, включающем резекцию пораженного участка аорты, наложение анастомоза с протезом и укутывание зоны анастомозов аутоканью, согласно изобретению, в качестве аутокани используют прямую мышцу живота, которой окутывают протез на всем его протяжении, а дефект передней брюшной стенки закрывают с помощью синтетической сетки.

Использование прямой мышцы живота с полноценным в анатомическом и функциональном состоянии магистральным регионарным кровотоком и микроциркуляцией позволяет избежать лизиса, используемой аутокани для защиты протеза и зон анастомозов, что обуславливает снижение числа гнойно-септических осложнений, кровотечений, развитие ложных аневризм анастомозов, применение полиуретановой сетки обеспечивает надежное укрепление передней брюшной стенки, препятствуя возникновению послеоперационных грыж.

На фиг.1 схематично представлен начальный этап операции; на фиг.2 - заключительный этап (вертикальный план); на фиг.3 - заключительный этап (горизонтальный план).

Способ протезирования брюшной аорты выполняют следующим образом. Из забрюшинного доступа выделяют брюшной отдел аорты 1 и подвздошные артерии 2. После интраоперационной диагностики иссекают пораженный участок аорты 1 и замещают его аллопротезом 3, накладывая проксимальный 4 и дистальный 5 анастомозы. Из своего ложа выделяют левую прямую мышцу живота 6, пересекают ее по сухожильной мембране 7 в верхнем левом квадранте живота, сохраняя 4 сосуда (фиг.1), проводят в забрюшинное пространство и окутывают аллопротез 3 и зоны анастомозов 4, 5 (фиг.2). Ложе заднего листа влагалища прямой мышцы 6 живота укрепляют при помощи полиуретановой сетки. Послеоперационную рану ушивают с оставлением дренажей.

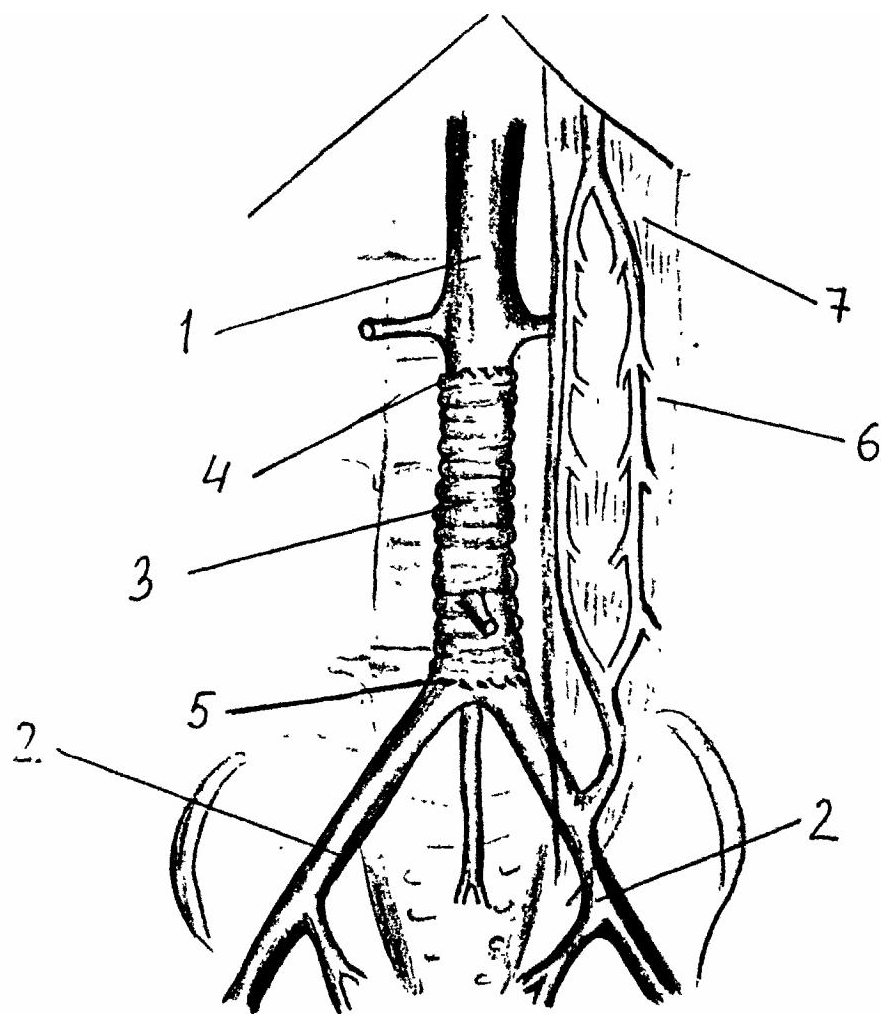
Пример конкретного выполнения. Больной П., 66 лет, ист. бол. № 4775, поступил в отделение хирургии сосудов 09.02.94. На основании клинических и лабораторных исследований был поставлен диагноз: Облитерирующий атеросклероз аорты и сосудов нижних конечностей III ст. Трофическая язва II пальца левой стопы. Окклюзия брюшной аорты, стеноз общих подвздошных артерий

16.02.94 больному выполнена операция. Забрюшинным доступом слева выделена брюшная аорта и общие подвздошные артерии. При ревизии брюшная аорта плотная, не пульсирует, определяются участки аневризматического расширения ее, в просвете казеозные массы. Брюшная аорта от бифуркации до уровня почечных артерий отсечена. Целостность брюшной аорты восстановлена путем протезирования линейным аллопротезом с имплантацией устья нижнебрюшечной артерии в аллопротез. Учитывая, что у больного имела трофическая язва II пальца левой стопы, решено выполнить защиту аллопротеза прямой мышцей живота слева. По разработанной методике сегмент прямой мышцы живота слева отсечен, перемещен в забрюшинное пространство. Аллопротез и зоны анастомозов окутаны сегментом прямой мышцы живота на всем протяжении. Задний листок влагалища прямой мышцы живота ушит с использованием синтетической сетки. Забрюшинный дренаж, послойный шов раны.

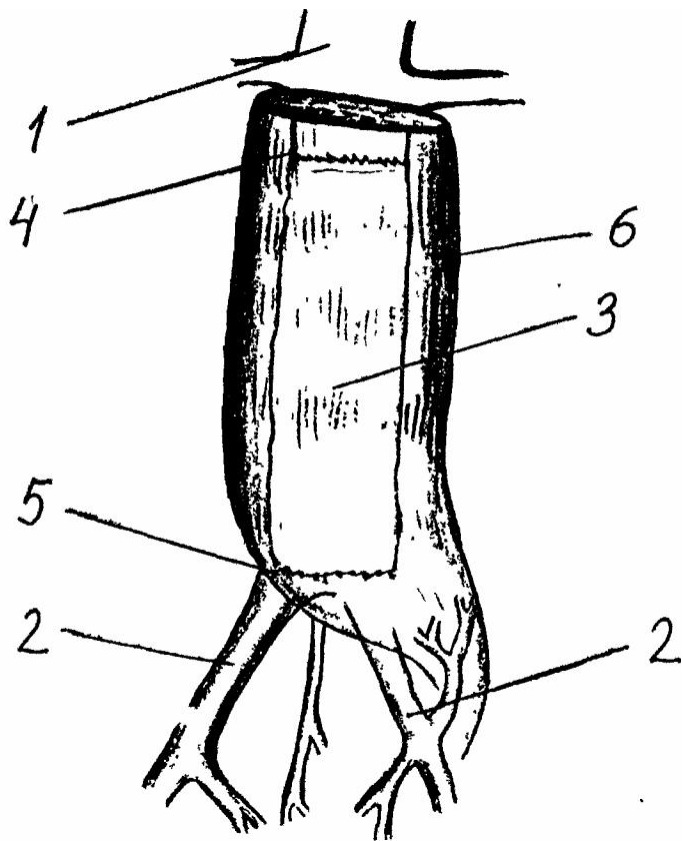
На 10-е сутки после операции сняты швы и на 14-е сутки больной выписан домой. Контрольное обследование через 6 и 12 месяцев выявил полную проходимость артериального аллопротеза. По данным ультразвукового сканирования определяется предлежание прямой мышцы живота вокруг аллопротеза и анастомоза. Явления воспалительной инфильтрации в области аллопротеза отсутствуют (СОЭ - 6 мм/час, лейкоциты - 5000).

По предложенному способу прооперировано трое больных, осложнений не наблюдалось. В то время как у трех контрольных больных, оперированных по способу-прототипу отмечены осложнения. В послеоперационном периоде у двух больных развилось кровотечение на фоне инфицирования аллопротеза, что повлекло необходимость повторной экстраанатомической реконструктивной операции.

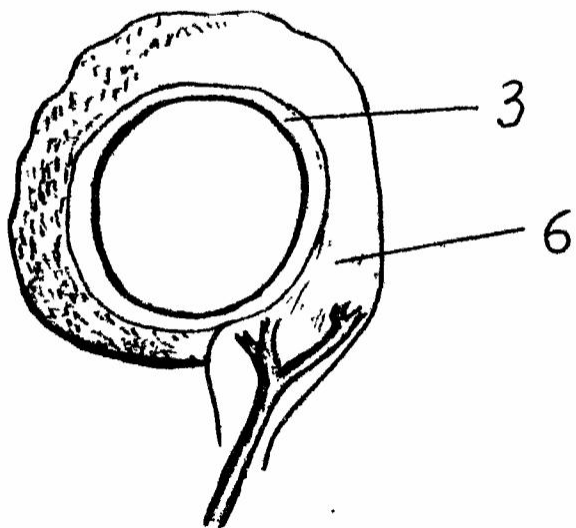
Таким образом, сравнение способа протезирования брюшной аорты с прототипом показывает, что применение предлагаемого способа протезирования брюшной аорты позволяет снизить число послеоперационных осложнений.



Фиг. 1



фиг. 2



фиг. 3