



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **50307** (13) **U**
(51) **МПК**
A61B 17/11 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ РЕКОНСТРУКЦІЇ АОРТО-КЛУБОВО-СТЕГНОВОГО СЕГМЕНТА В УМОВАХ ІНФІКОВАНОЇ РАНИ СТЕГНА

1

2

(21) u201001656

(22) 17.02.2010

(24) 25.05.2010

(46) 25.05.2010, Бюл.№ 10, 2010 р.

(72) МІШАЛОВ ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ, ЧЕРНЯК ВІКТОР АНАТОЛІЙОВИЧ, КОСТРОМІН ГРИГОРІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, КОШЕВСЬКИЙ ЮРІЙ ІВАНОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб реконструкції аорто-клубово-стегнового сегмента в умовах інфікованої рани стегна, що включає виділення аорто-клубового сегмента, накладання проксимального анастомозу між аортою (клубовими артеріями) та новим алошунтом, який **відрізняється** тим, що після видалення інфікованого алошунта та хірургічної санації рани новий алошунт проводять на стегні тим самим шляхом з наступною пластикою рани стегновим м'язом.

Корисна модель, що заявляється, стосується медицини, а саме хірургії і такого її розділу, як судинна хірургія і, власне, хірургії аорти та артерій нижніх кінцівок, і призначена для покращення результатів реконструктивних операцій на цих судинах.

Проблема реконструкції аорто-клубово-стегнового сегмента виникає у випадку інфікування протезу, що потребує повторної реконструкції. Проведення повторної реконструкції в умовах інфікованої рани збільшує ризик тромбозу шунта, виникнення арозивної кровотечі і, в решті решт, може призвести до летального випадку [1, 4, 5].

Традиційним підходом вирішення проблеми повторної реконструкції аорто-клубово-стегнового сегмента в умовах інфікованої рани на сьогодні залишається застосування екстраанатомічного способу здійснення таких операцій. Однак відомі способи повторних реконструкцій в умовах інфікованої рани мають численні недоліки, головними з яких є збільшення часу інтраопераційної ішемії, велика травматичність операційного доступу, збільшення частоти тромбозу в зв'язку з необхідністю використання при повторній реконструкції алошунта більшої довжини ніж при первинній операції [3].

Найбільш близьким по суті та прийнятим за прототип є спосіб алошунтування в умовах інфікованої рани стегна, який полягає у наступному (Fig.1). Виділяють аорто-клубовий сегмент та накладають проксимальний анастомоз (1) між аортою (або клубовими артеріями) та новим алошунтом (2), останній виводять на латеральну поверхню стегна через перфорований отвір крила

клубової кістки, щоб уникнути контакту нового алошунта з колишньою (інфікованою) ранною (3). Виділяють прохідні артерії стегна та накладають дистальний анастомоз (4).

Після видалення інфікованого алопротезу з колишньої рани стегна, проводять її санацію без накладання швів. Колишня (інфікована) рана очищується та загоюється вторинним натягом після чого на неї накладають вторинні відстрочені шви [2].

Спосіб-прототип має такі недоліки:

застосування алошунта великої довжини підвищує ризик виникнення тромбозу; утворення додаткових розрізів тканин, а також перфорація клубової кістки обумовлюють велику травматичність оперативної методики; вищевказане подовжує тривалість операції, що посилює ішемію нижніх кінцівок.

Задача, яку вирішує корисна модель, полягає у відтворенні магістрального кровотоку в ураженій кінцівці за допомогою алошунта стандартної довжини та його проведення тим самим шляхом, що і попередній, після хірургічної санації інфікованої рани з наступною її пластикою стегновим м'язом.

Технічний результат буде полягати у зменшенні тривалості операції і частоти тромботичних ускладнень в післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі алошунтування в умовах інфікованої рани, що включає виділення аорто-клубового сегмента, накладання проксимального анастомозу між аортою (клубовими артеріями) та новим алошунтом, згідно корисної моделі, після

(13) **U**

(11) **50307**

(19) **UA**

видалення інфікованого алошунта та хірургічної санації рани, новий алошунт проводять на стегні тим самим шляхом з наступною пластикою рани стегновим м'язом.

Відмінною особливістю способу, що заявляється є використання того самого доступу, який застосовували під час першої операції, це дає змогу скоротити тривалість повторної операції, а через відсутність необхідності використання алошунта великої довжини підвищується економічність операції.

Спосіб, що заявляється, виконують наступним чином: (Фіг. 2)

Для здійснення операції потрібне залучення двох бригад хірургів. Хворому призначають попередньо курс внутрішньовенної антибактеріальної терапії, підібраної індивідуально згідно чутливості мікробів інфікованої рани.

Перша бригада хірургів виконує доступ до черевної аорти та клубових артерій на стороні інфекційного процесу. На виділені судини накладають затискачі. Колишній алошунт, що спрямований до інфікованого стегна видаляють. На залишений в судинах отвір накладають проксимальний анастомоз (1) між ними та новим алошунтом (2).

Друга бригада хірургів виконує хірургічну санацію рани стегна (3). При цьому з рани видаляють тканини, що змінені інфекційним процесом, разом з інфікованим алошунтом. Дистальний кінець нового алошунта проводять під пупартову зв'язку до санованої рани стегна з подальшим його вшиванням в прохідні артерії (4). Кінцевим етапом операції є переміщення одного з привідних м'язів стегна (т.т. adductores femoris) для закриття раньового дефекту.

Конкретний приклад застосування:

Хворий М., і. х. №5541446, поступив в зв'язку з наявністю активного інфекційного процесу в рані стегна після аорто-стегового алопротезування. Хворому проведено сонографічну доплерографію реконструйованого аорто-клубового сегмента, артеріографію, а також взятий мікробіологічний посів з інфікованої рани стегна. В зв'язку з високою вірогідністю виникнення арозивної кровотечі з судинних анастомозів через охоплення алошунта інфекційним процесом було вирішено використати розроблений метод операції. На першому етапі повторної операції одною бригадою хірургів видалено інфікований алошунт з аорто-клубової ділянки та вшитий новий алошунт на залишений в судинах отвір. Хірургічна санація рани стегна виконана другою бригадою хірургів, щоб уникнути

проникнення інфекції з рани стегна до аорто-клубового сегмента. Після санації рани новий алошунт проведений під пупартову зв'язку та вшитий у прохідні артерії стегна. Проведено гемостаз рани стегна. Виділений довгий аддуктор стегна та переміщений у проксимальному напрямку до стегової рани, в якій фіксований окремими вузловими лігатурами після попереднього її дренивання поліхлорвініловим дренажем.

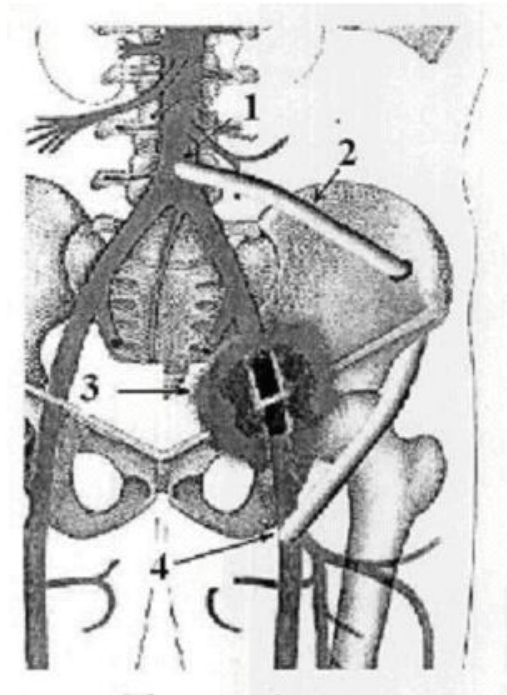
Тривалість повторної операції складала 2 години, що не перевершує середній термін тривалості первинних реконструкцій. За даними контрольної доплерографії в реконструйованих судинах був магістральний кровоток. У післяопераційному періоді хворий отримував антибіотики згідно чутливості раньової інфекції, а також дезагреганти з метою попередження тромботичних ускладнень.

За період з 2006 року по 2007 рік у клініці прооперовано за даним способом 18 пацієнтів. У всіх спостереженнях клінічно та інструментально зафіксовано відновлення магістрального кровотоку у кінцівці з повним регресом інфекції у рані стегна.

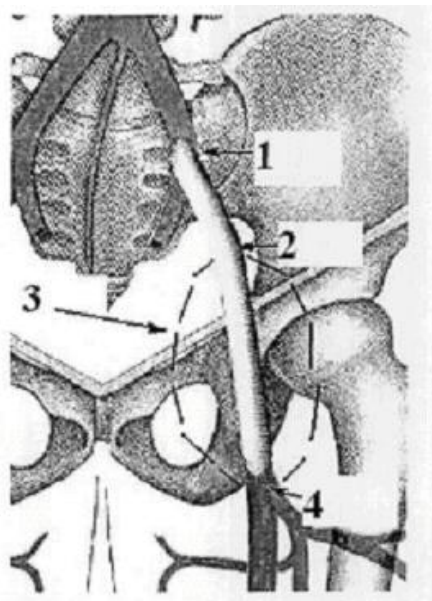
Таким чином, отримані дані дозволяють рекомендувати вищеописаний спосіб реконструкції аорто-клубово-стегового сегмента в умовах інфікованої рани стегна для широкого впровадження у хірургічну практику.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Затевахин И.И., Говорунов Г.В., Сухарев И.И. Реконструктивная хирургия поздней реокклюзии аорты и периферических артерий. // М.: Медицина. 1993.-250 с.
2. Клионер Л.И., Беляев Н.И., Агаджанова Л.П. Повторные реконструктивные операции при поздних осложнениях в аорто-подвздошно-бедренном сегменте // Тез. Докл. 5 Всесоюзной конф. сердечно-сосудистых хирургов. - Вильнюс, 1986. - С. 255-258.
3. Покровский А.В., Беляев Н.И. Повторные реконструктивные операции на брюшной аорте и магистральных артериях нижних конечностей. // Хирургия. - 1977. - С. 140 - 141.
4. Сидоренко Л.Н., Евстифеев Л.К. Повторные операции на аортобедренном сегменте при окклюзионных поражениях сосудов // Хирургия. - 1984. - N 10. - С. 27-30.
5. Чернявский В.В., Таевский Е.В., Негрей В.Ф. Повторные вмешательства в ранние сроки после реконструктивных операций по поводу окклюзионных поражений аорты и ее ветвей // Вопросы кардио-ангиологии. - 1977. - С. 156-158.



Фіг.1



Фіг.2