



УКРАЇНА

(19) UA (11) 58181 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД  
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ  
ВЛАСНИКА  
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК ПРИ ТОТАЛЬНОМУ ТРОМБОЗІ ЧИ ОКЛЮЗІЇ СУДИННОГО ПРОТЕЗА ТА ПРИ АНЕВРИЗМІ ПРОКСИМАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПІСЛЯ АОРТО-СТЕГНОВОГО ШУНТУВАННЯ

1

(21) 2002108279

(22) 18 10 2002

(24) 15 07 2003

(46) 15 07 2003, Бюл. № 7, 2003 р

(72) Губка Олександр Вікторович, Шестакова Анжеліка Борисівна

(73) ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, Губка Олександр Вікторович, Шестакова Анжеліка Борисівна

(57) Спосіб оперативного лікування ішемії нижніх кінцівок при тотальному тромбозі чи оклюзії су-

2

динного протеза та при аневризмі проксимального анастомозу після аортостегнового шунтування, який здійснюють шляхом виконання латерального доступу до стегнових артерій, протеза та дистального анастомозу, ревізії дистального артеріального русла, доступу до аорти та проксимального анастомозу, перев'язки проксимальної та дистальних бранш протеза, аортостегнового репротезування, який відрізняється тим, що аортостегновий протез залишають на місці у позачеревному просторі

Винахід стосується медицини, а саме, судинної хірургії, і може бути використаним у лікуванні ішемії нижніх кінцівок при тотальному тромбозі чи оклюзії судинного протеза та при аневризмі проксимального анастомозу після аорто-стегнового шунтування, але вони дуже травматичні, пов'язані з втратою великої кількості крові та технічними проблемами під час операції, а інші способи недостатньо ефективні, призводять до повторних оперативних втручань

Існують способи оперативного лікування ішемії нижніх кінцівок при тотальному тромбозі чи оклюзії судинного протеза та при аневризмі проксимального анастомозу після аорто-стегнового шунтування, але вони дуже травматичні, пов'язані з втратою великої кількості крові та технічними проблемами під час операції, а інші способи недостатньо ефективні, призводять до повторних оперативних втручань

Відомий спосіб оперативного лікування ішемії нижніх кінцівок при тотальному тромбозі чи оклюзії судинного протеза та при аневризмі проксимального анастомозу після аорто-стегнового шунтування, який полягає у ревізії стегнових артерій, доступу до підкрильцевої артерії, утворенні анастомозу кінця у бік між новим судинним протезом та підкрильцевою артерією, відтворенні підшкірного тунелю у проекції передньої підкрильцевої лінії, проведенні підшкірного протеза до стегнових артерій, виконанні дистального анастомозу між протезом та стегновими артеріями (Сухарев І.І. Хирургия атеросклероза сосудов у больных сахарным диабетом - К., 1995 - С. 80 - 81, 213 - 214)

Спільні суттєві ознаки аналога і винаходу, що

заявляється, є такі

- проведення хірургічного втручання,
- ревізія стегнових артерій,
- виконання дистального анастомозу між протезом та стегновими артеріями

Цей спосіб є паліативним, застосовується у хворих з великим ризиком для життя при лапаротомії, пов'язаний з втратою багатої кількості крові та технічними проблемами під час операції, більш травматичний та потребує багато часу, а також великий ризик тромбування та необхідності наступного хірургічного втручання. Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у виконанні латерального доступу до стегнових артерій, протеза та дистального анастомозу, ревізії дистального артеріального русла, доступу до аорти та проксимального анастомозу, перев'язки проксимальної та дистальних бранш протезу, аорто-стегновому репротезуванні, видаленні старого аорто-стегнового шунта (Сухарев І.І. Хирургия атеросклероза сосудов у больных сахарным диабетом - К., 1995 - С. 73 - 79, 187 - 188, 212) Спільними суттєвими ознаками прототипу і винаходу, що заявляється, є такі

- латеральний доступ до стегнових артерій, протеза та дистального анастомозу,
- ревізія дистального русла,
- доступ до аорти та проксимального анастомозу,

(13) A

(11) 58181

(19) UA

- перев'язка проксимальної та дистальних бранш протеза,

- аорто-стегнове репротезування

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому що видалення старого аорто-стегового шунта супроводжується втратою багатої кількості крові та технічними проблемами під час операції, потребує багато часу, присутній великий ризик травмування життєво важливих органів сечового міхура, лімфатичних та нервових сплетінь, нижньої половини та інших судин

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу оперативного лікування ішемії нижніх кінцівок при тотальному тромбозі чи оклюзії судинного протеза та при аневризмі проксимального анастомозу після аорто-стегового шунтування шляхом хірургічного втручання, після якого старий аорто-стеговий протез залишається на місці, що забезпечить підвищення ефективності оперативного лікування і зменшить кількість рецидивів

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає латеральний доступ до стегових артерій, протеза та дистального анастомоза, ревізію дистального артеріального русла, доступ до аорти та проксимального анастомоза, перев'язку проксимальної та дистальних бранш протеза, аорто-стегнове репротезування, новим є те, що аорто-стеговий протез залишають на місці у позачеревному просторі

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у такому

Коли старий аорто-стеговий протез залишається на місці у позачеревному просторі нема потреби витрачати час на дуже травматичне виділення його з рубців, що завжди супроводжується втратою багатої кількості крові, великим ризиком травмування життєво важливих органів сечового міхура, лімфатичних та нервових сплетінь, нижньої половини та інших судин

Таким чином, введення вищезазначеного способу дозволить підвищити ефективність оперативного лікування, скоротити час та травматичність втручання, прискорити час одужання хворих, знизити кількість ускладнень

Спосіб здійснюють таким чином

В асептичних умовах виконується латеральний доступ до стегових артерій. З рубців виділяється дистальний фрагмент протеза, дистальний анастомоз, загальна, поверхнева та глибока стегові артерії. Накладаються стискувачі на поверхневу та глибоку стегові артерії, а також на протез. Розсікається протез. За допомогою судинного катетера типу "Фогарті" виконується тромбектомія з дистального русла до отримання задовільного кровотоку. Виконується тотальна лапаротомія, доступ до аорти та проксимального анастомоза. Накладають стискувачі на аорту. Проксимальну браншу протеза відсікають, перев'язують. Проксимальну браншу нового аорто-стегового протеза анастомозують з аортою. Стискувач накладається на проксимальну браншу нового протеза, знімаються стискувачі з аорти. Дистальні бранші проводять на стегна у позачеревному просторі біля бранш старого протеза. Дистальні бранші старого

протеза перев'язують. Формується дистальний анастомоз між функціонуючими артеріями стегна та протезом. Знімаються стискувачі з артерій, потім з протеза. Старий аорто-стеговий протез залишається на місці у позачеревному просторі. Герметизація анастомозу. Ушивання лапаротомної рани. Ушивання ран на стегнах.

Приклад. Хворий М., 62 років (історія хвороби №224) знаходився на лікуванні у відділенні судинної хірургії з 10.01.2000 по 02.02.2000 з діагнозом "Облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок. Стан після операції аорто-стегового шунтування (1985р.) Аневризма проксимального анастомозу. Тромбоз протеза. Хронічна ішемія нижніх кінцівок II Б ст." Скарги на оніміння, болі у нижніх кінцівках.

Анамнез захворювання. Хворіє облітеруючим атеросклерозом близько 15 років. У 1985 році переніс операцію аорто-стегового шунтування. За останній рік погіршення стану, з'явилися болі у нижніх кінцівках. Поступив для обстеження та лікування.

Обстеження. Загальний стан середньої важкості. Шкіра бліда, чиста. Над легенями везикулярне дихання. Тони серця ритмічні, глухі. Пульс 80 за хв. Артеріальний тиск 130 та 90 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Локальний статус лівої стопи бліда, прохолодна. Активні рухи та чутливість збережені. Пульсація відсутня на усіх рівнях. Права стопа тепла, рожева. Активні рухи та чутливість збережені. Пульсація відсутня на усіх рівнях. Клініко-біохімічні показники у межах вікової норми. Виконана транслюмбальна аортографія. Тромбоз протеза, аневризма проксимального анастомоза.

Виконана операція за способом, що пропонується, а саме. В асептичних умовах виконувалась латеральний доступ до стегових артерій зліва, потім справа. З обох сторін з рубців виділявся дистальний фрагмент протеза, дистальний анастомоз, загальна, поверхнева та глибока стегові артерії. Накладавались стискувачі на поверхневу та глибоку стегові артерії, а також на протез. Відсікався протез. За допомогою судинного катетера "Фогарті" виконувалась тромбектомія з дистального русла, отримано задовільний кровоток. Виконувалась тотальна лапаротомія, доступ до аорти та проксимального анастомозу. Накладавались стискувачі на аорту. Проксимальну браншу протеза відсікали, перев'язували. Проксимальну браншу нового аорто-стегового протеза анастомозували з аортою. Стискувач накладався на проксимальну браншу нового протеза, знімалися стискувачі з аорти. Дистальні бранші проводились на стегна у позачеревному просторі біля бранш старого протеза. Дистальні бранші старого протеза перев'язувались. Формувався дистальний анастомоз між функціонуючими артеріями стегна та дистальними браншами нового протеза. Знімалися стискувачі з артерій, потім з протеза. Герметизація анастомоза. Отримана добра пульсація вище та нижче анастомозів. Ушивання лапаротомної рани. Ушивання ран на стегнах. Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Шви знято на 9 добу. Кровообіг у нижніх кінцівках компенсований. Пульсація периферична на обох нижніх кінцівках.

