



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **29713** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
**A61B 17/00**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЗІВ ПІДКОЛІННО-ГОМІЛКОВОГО ВЕНОЗНОГО СЕГМЕНТА**

1

2

(21) u200710401

(22) 19.09.2007

(24) 25.01.2008

(72) РУСИН ВАСИЛЬ ІВАНОВИЧ, UA, КОРСАК  
В'ЯЧЕСЛАВ ВАСИЛЬОВИЧ, UA, ЛЕВЧАК ЮРІЙ  
АЛЬБЕРТОВИЧ, UA, БОЛДІЖАР ПАТРІЦІЯ  
ОЛЕКСАНДРІВНА, UA

(73) РУСИН ВАСИЛЬ ІВАНОВИЧ, UA

(56)

(57) Спосіб хірургічного лікування тромбозів підколінно-гомилкового венозного сегмента, який **відрізняється** тим, що при наявності ембологенного тромбу або при неадекватній тромбоектомії перев'язують підколінну вену дистальніше місця впадіння малої підшкірної вени у підколінну, при цьому перев'язування виконують атрауматичною ниткою, що розсмоктується.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до хірургії; та може бути використаний при лікуванні тромбозів глибоких вен нижньої кінцівки, зокрема тромбозів підколінно-гомилкового венозного сегменту.

Тромбози глибоких вен нижніх кінцівок, до яких відносяться тромбози підколінно-гомилкового венозного сегменту, є дуже розповсюдженими захворюваннями та можуть привести до одного з найбільш небезпечних для життя ускладнень, такому як тромбоемболія гілок легеневої артерії. Потенційно небезпечні стосовно емболії тромбози мають назву «ембологенні».

Епідеміологічні данні свідчать про те, що частота венозного тромбозу складає 169 на 100000 населення, а частота тромбоемболії гілок легеневої артерії - 50 на 100000, причому частота смертельних випадків досягає 50%.

Зі сказаного вище слідує, що адекватне лікування тромбозів, що виникли в глибоких венах, зокрема в венах підколінно-гомилкового сегменту з одночасною профілактикою легеневої тромбоемболії, є дуже актуальною задачею.

Важкість протікання тромбозу глибоких вен, ймовірність розвитку тромбоемболії легеневої артерії в значній мірі залежать від своєчасності діагностики та адекватності проведених лікувальних заходів. Тактика лікування хворих на тромбоз глибоких вен різна та визначається, насамперед, давністю тромбоутворення [Med.Clin. N. Amer. - 1998. - vol. 82, №3ю - рю459-47].

Дослідження радіо індикаційним методом (уведення у вену фібриногену, міченого

радіоактивним йодом, який вибірково концентрується в тромбах) доводять наступне: частота асимптомних тромбозів у післяопераційному періоді значно вище, ніж прийнято вважати, що випливає із клінічних даних. Більшість тромбозів первинно утворюються у глибоких венах гомілки, а 50% емболій виникають від тромбів, які розміщені у підколінній вені та ілеофemorальному сегменті.

До цього часу використовували різні способи лікування тромбозу глибоких вен, наприклад, в найбільш розповсюдженому з них використовують метод перев'язування поверхневої стегнової вени. Коли флотуюча верхівка емболонезбезпечного тромбу розташована дистальніше впадіння глибокої вени стегна, звичайне перев'язування поверхневої стегнової вени з її резекцією надійно попереджає можливу тромбоемболію (операція ЛІНТОНА-АРДІ). Спроба видалити, як правило, щільно припаяних до стінки вени тромбів зі стегново-підколінного сегменту виявляються марними внаслідок майже 100% ретромбозу. Неможливо також видалити усі тромби із дистальних відділів гомілки. Перев'язування поверхневої стегнової вени виконують одразу дистальніше місця впадіння глибокої вени стегна, повна прохідність якої є обов'язковою умовою при визначенні показань до цього операційного втручання. Поверхневу стегнову вену перетинають, дистальний відрізок перев'язують, а проксимальну куксу лігують, або, краще, ушивають безперервним швом, щоб не утворився «сліпий мішок».

(13) **U**(11) **29713**(19) **UA**

При хронічному тромбофлебії та венозній недостатності іноді виконували перев'язування та резекції підколінної вени (операція Багера) [Матяшин І.М., Глушман А.М., Справочник хирургических операций. - Киев, «Здоров'я», 1979-с.252, 260].

Вказані способи дозволяють попередити тромбоемболію, але при цьому магістральна вена втрачала свої функції, внаслідок чого виникав венозний застій, ступінь якого напряму залежить від можливості розвитку колотерального кровообігу. Клінічний ефект описаних операцій недостатній, що підтверджується виникненням дуже серйозних ускладнень.

Задачею цієї корисної моделі є удосконалення способу хірургічного лікування тромбозів підколінно-гомількового венозного сегменту шляхом використання такого поєднання хірургічних прийомів та дій, які дозволяють усунути вищевказані недоліки, підвищити ефективність лікування і тим самим знизити до мінімуму небезпеку виникнення тромбоемболії легеневої артерії.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування тромбозів підколінно-гомількового венозного сегменту, згідно з корисною моделлю, при наявності ембологенного тромбу або при неадекватній тромбоектомії перев'язують підколінну вену дистальніше місця впадіння малої підшкірної вени у підколінну, при цьому перев'язування виконують атравматичною ниткою, що розсмоктується.

Одною з типових ситуацій, при якій рекомендується використовувати спосіб, що заявляється - наявність в вені флотуючого тромбу, відрив якого представляє реальну загрозу тромбоемболії легеневої артерії.

Суттєвою особливістю способу, що заявляється, є використання атравматичної нитки, що розсмоктується зазвичай вже через 2-3 тижні. Вказаного часу достатньо для організації тромбу та його щільної фіксації до стінки судини.

Спосіб, що заявляється, забезпечує реканалізацію підколінної вени та покращення колотерального та магістрального кровообігу.

Хворі легко переносять операцію, вона менш травматична, оскільки виключена необхідність резекції вени, не виникає ризику погіршення венозного відпливу за рахунок компенсації кровоплину через малу підшкірну вену.

Корисна модель пояснюється прикладами конкретного виконання.

Приклад

Хворий П., 1964 року народження, надійшов до судинного відділення ОКЛ м. Ужгорода із діагнозом - гострий тромбоз глибоких вен лівої підколінної вени, хронічна венозна недостатність II ступеня.

Клінічно виявлено болючість м'язів при пальпації, набряк гомілки, позитивні симптоми Хоманса, Левенберга, Мозеса. Підчас ультразвукового дуплексного сканування виявлено ехопозитивні тромбозні маси у просвіті підколінної вени, відсутня передаточна пульсація вени. Тривалість захворювання - 36 годин. Була

зроблена екстрена операція - відкрита тромбоектомія із лівої підколінної вени. Тромбозні маси доволі щільно спаяні з венозною стінкою.

Ефективність тромбоектомії із вен гомілки викликала сумнів. З метою попередження ретромбозу та можливої небезпеки тромбоемболії легеневої артерії хворому виконано перев'язування підколінної вени атравматичною ниткою, що розсмоктується, наприклад марки «Декон», дистальніше місця впадіння гирла малої підшкірної вени. Хворий отримував прями та в подальшому непрямі антикоагулянти. Усі шви знято на 9 добу, загоєння первинним натягом. Набряк зменшився порівняно зі здоровою кінцівкою до 2,5см.

Контроль через 1 місяць дав наступні результати: набряк зменшився до 0,7см порівняно з правою кінцівкою.

При дуплексному скануванні відмічено послаблений венозний кровоплин в місці перев'язки вени, з'явилась передаточна пульсація вени (початкові явища реканалізації вени).

Таким чином спосіб, що заявляється, має перевагу, яка полягає в можливості реканалізації підколінної вени після операції, відновлення функції та прохідності гомілкових вен в гострому періоді тромбозу підколінної вени.

Вказана перевага обумовлює високу лікувальну ефективність способу та більш надійне попередження тромбоемболії легеневої артерії у гострому періоді тромбозів підколінно-гомількового венозного сегменту.