



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 44889

(13) U

(51) МПК (2009)  
A61B 5/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ВВЕДЕННЯ КАТЕТЕРА ПРИ ЕНДОВЕНОЗНІЙ ЛАЗЕРНІЙ КОАГУЛЯЦІЇ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

1

2

(21) u200814764

(22) 22.12.2008

(24) 26.10.2009

(46) 26.10.2009, Бюл. № 20, 2009 р.

(72) ШАПРИНСЬКИЙ ВАСИЛЬ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЮРЕЦЬ СЕРГІЙ СЕРГІЙОВИЧ, МЕЛЬНИК ВОЛОДИМИР БОРИСОВИЧ, ЛАЗОРЕНКО ВОЛОДИМИР ЄВГЕНІЙОВИЧ, ЛЕВАНЧУК СЕРГІЙ МИХАЙЛОВИЧ

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА

(57) Спосіб введення катетера при ендовенозній лазерній коагуляції варикозно розширених вен нижніх кінцівок, який **відрізняється** тим, що вводять катетер зі світловолоконном у велику підшкірну вену у ретроградному напрямку після виконання кросектомії.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії, а саме до методів лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок.

Відомий спосіб лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок полягає у введенні світловолокна в ортоградному напрямку для проведення ЕВЛК крізь катетеризовану велику підшкірну вену (Bone -C. Tratamiento endoluminal de las varices con laser de Diodo. Estudio preliminar. Rev Patol Vase 1999;V:35-46.).

Недоліками відомого способу є можливість виникнення тромбоемболії легеневої артерії внаслідок розповсюдження тромбозу з системи підшкірних вен у глибокі, та виникнення реканалізації підшкірної вени за умов відсутності виконання кросектомії (Salles-Cunha X. S., M.Dosick S., Gale S.S., Seiwert A.J., Comerota A.J. Saphenofemoral Ligation Alters the Outcome of Endoluminal Ablation of the Great Saphenous Vein // American venous forum. Abstract book. 18 annual meeting.- 2006.- P. 49). Прототип корисної моделі невідомий.

В основу корисної моделі „Спосіб введення катетера при ендовенозній лазерній коагуляції варикозно розширених вен нижніх кінцівок” поставлено завдання підвищити ефективність лікування первинного варикозного розширення вен нижніх кінцівок за рахунок усунення недоліків відомих методів. Це досягається способом, який полягає в тому, що розрізом в проекції сафено-феморального співвустя виділяють та лігують гирло і впадаючі у стегонову вену гілки. У дистальну частину великої підшкірної вени в ретроградному напрямку вводять катетер зі світловолоконном до місця з установленим венозним рефлексом. Далі проводять ендовенозну лазерну коагуляцію в ортоградному на-

прямку. Механізм впливу лазерної енергії полягає у пошкодженні венозної стінки як шляхом прямого впливу лазерного випромінювання, так і непрямого через бульбашки пару, що виникають під час вапоризації крові у просвіті вени.

Приклад.

Хвора Х., 39 років поступила у хірургічне відділення Вінницького обласного госпіталю для інвалідів ВВВ 02.02.07. (історія хвороби №498). Житель м. Вінниця. Скарги на варикозне розширення вен лівої нижньої кінцівки, набряки та важкість кінцівки після ходьби. Розширення вен з'явилося після вагітності. Об'єктивно: варикозне розширення підшкірних вен лівої гомілки та нижньої третини стегна у вигляді вузлів та конгломератів, пастозність ступні. Трофічних змін шкіри немає. Ультрасонографія: недостатність клапанів лівої великої підшкірної вени на стегні та верхньої третини гомілки, розширення її просвіту до 7мм на стегні. У середній та нижній третині гомілки велика підшкірна вена зі спроможними клапанами та у діаметрі 3-4мм. Глибокі та перфорантні вени нижньої кінцівки прохідні зі спроможними клапанами. Діагноз: варикозне розширення вен лівої нижньої кінцівки, хронічна венозна недостатність II. 02.02.07. операція - ендовенозна лазерна коагуляція лівої великої підшкірної вени. Під місцевою регіонарною епідуральною анестезією у лівій паховій ділянці косим доступом 2см виділено сафено-феморальне гирло, пересічено та ліговано. У дистальний відрізок великої підшкірної вени у ретроградному напрямку введено катетер товщиною 5F та світловолоконно до верхньої третини гомілки. Виконано інфільтрацію первинного простору великої підшкірної вени на усьому протязі фізіологічним розчином охоло-

(13) U

(11) 44889

(19) UA

дженим до 20 градусів за Цельсієм. Мета цього заходу полягає у відокремленні жирової клітковини, захисті нервових закінчень та лімфатичних судин, що проходять поряд з веною від термічного пошкодження, зовнішній компресії вени та кращого позиціонування світловолокна у її просвіті. Для коагуляції використовували лазерне випромінювання з довжиною хвилі 810нм та потужністю 16 Вт, що генеруються лазерним коагулятором "ЛІКА-ХІРУРГ" виробництва ПМВП «Фотоніка Плюс». Тракцію світловолокна проводили в ортоградному напрямку зі швидкістю 2мм/сек. Ушивання ран, пов'язка та еластична компресія кінцівки. На наступний день хвора відмічає болючість у ділянці двох післяопераційних ран та наявність поодиноких підшкірних гематом по ходу великої підшкірної

вени та незначну болючість при їх пальпації. Хвора виписана зі стаціонару 03.02.07. під нагляд хірурга. При огляді через 6 місяців варикозне розширених вен та набряків немає на лівій нижній кінцівці, неприємні відчуття відсутні.

Перевага даного методу в порівнянні з відомими способами полягає у тому, що завдяки ретроградному введенню катетера у просвіт великої підшкірної вени, зникає потреба виконання додаткового доступу до дистальної частини підшкірної вени, з'являється можливість інтраопераційно створити компресію по ходу вени, а виконання кросектомії дозволяє запобігти реканалізації вени після ендовенозної лазерної коагуляції та можливості розвитку тромбоемболічних ускладнень.