



УКРАЇНА

(19) UA (11) 46306 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00  
A61K 9/12

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОВЕРХНЕВОГО ТРОМБОФЛЕБІТУ НИЖНІХ КІНЦІВОК

1

(21) u200908064

(22) 31.07.2009

(24) 10.12.2009

(46) 10.12.2009, Бюл. № 23, 2009 р.

(72) РУСИН ВАСИЛЬ ІВАНОВИЧ, КОРСАК В'ЯЧЕСЛАВ ВАСИЛЬОВИЧ, БОЛДІЖАР ПАТРІЦІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА, ШЕРЕМЕТ АРТУР ПЕТРОВИЧ

(73) РУСИН ВАСИЛЬ ІВАНОВИЧ, КОРСАК В'ЯЧЕСЛАВ ВАСИЛЬОВИЧ

(57) 1. Спосіб хірургічного лікування тромбофлебіту поверхневих вен нижніх кінцівок, який **відрізняється** тим, що містить кросектомію великої підшкірної вени в місці впадіння її в стегонову вену і біля медіальної щиколотки, після чого проводять її відсічення і вводять піноутворюючий склерозант в нетромбовані ділянки вени.

Корисна модель відноситься до галузі хірургії, а саме до судинної хірургії, і може бути використаний при лікуванні поверхневого тромбофлебіту нижніх кінцівок (НК).

Тромбофлебіт є патологічним процесом, який характеризується запаленням стінки вени та оточуючих її тканин з утворенням внутрішньосудинних тромбів. Більш, ніж у 90 % хворих тромбофлебіт локалізується на НК.

В цей час існує два основних способи лікування тромбофлебіту поверхневих вен - консервативний та хірургічний. Основним показником до хірургічного лікування тромбофлебіту є наростання тромбу по ходу підшкірної вени вище середньої третини стегна або наявність тромбу в просвіті загальної стегової або зовнішньої клубової вени, що повинно бути підтверджено, наприклад, дуплексним скануванням. Загальноприйнятою операцією при висхідному тромбофлебіті великої підшкірної вени є операція Троянова-Тренделенбурга, яка полягає в перев'язці великої підшкірної вени (1).

Ще одним відомим способом лікування гострого тромбофлебіту за Оппелем-Вознесенським є перев'язка вени вище тромбованого сегменту та висічення тромбованої вени.

Відомий спосіб Фірта-Хейгала-Лівора полягає в виділенні великої підшкірної вени, після чого її перев'язують у місці впадіння в стегонову вену і пересікають. В периферійний кінець вени вводять моноактивний електрод і виконують внутрішньосудинну коагуляцію вени (1).

2

рної вени в місці впадіння її в стегонову вену і біля медіальної щиколотки, після чого проводять її відсічення і вводять піноутворюючий склерозант в нетромбовані ділянки вени.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що склерозант вводять з боку медіальної щиколотки.

3. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що склерозант вводять з боку стегової вени та з боку медіальної щиколотки.

4. Спосіб за п. 1 або 2, або 3, який **відрізняється** тим, що як склерозант використовують полідоканоли.

Але всі перераховані способи мають ті чи інші недоліки і не є занадто ефективними.

Вдосконалення хірургічних способів лікування тромбофлебіту поверхневих вен НК є дуже актуальним та терміновим, що пов'язано з великою вірогідністю ускладнень і, в першу чергу, з розповсюдженням тромбофлебічного пошкодження на глибокі вени.

Задачею цієї корисної моделі є створення такого способу хірургічного лікування тромбофлебіту поверхневих вен НК, в якому шляхом поєднання хірургічних прийомів та допоміжних засобів досягається висока ефективність лікування та зниження до мінімуму можливих ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування тромбофлебіту вен НК, який включає кросектомію великої підшкірної вени в місці впадіння її в стегонову вену і у медіальній щиколотки, після чого її відсікають і вводять піноутворюючий склерозант в нетромбовані ділянки вени.

Крім того, особливостями способу, що заявляється, є введення склерозанту з боку медіальної щиколотки, або введення склерозанту як з боку стегової вени, так і з боку медіальної щиколотки.

Авторами при практичній реалізації способу, що заявляється, як склерозант використовували полідоканоли, але це не виключає можливості використовувати і інші придатні для цієї мети склерозанти.

(19) UA (11) 46306 (13) U

Введення піноподібного склерозанту в антеградному напрямку, частіше біля медіальної щиколотки, є обґрунтованим і відповідає анатомічним особливостям будови венозної системи.

Подібну операцію можна виконувати хворим із компенсованими стадіями ХВН, коли немає виражених індуративних змін шкіри та при відсутності трофічних виразок.

Спосіб, що заявляється, виконують наступним чином.

Першим етапом виконували перев'язку (кросектомію) і проводили катетер в дистальний сегмент вени на стегні. Біля медіальної щиколотки виділяли велику підшкірну вену і вводили катетер в антеградному напрямку. Накладено шви на рани, залишаючи тільки місце для катетерів у верхній третині стегна та на гомілці, де були виділені стовбури великої підшкірної вени. Через катетер вводили приготовлений розчин мілкодисперсної піни. Кінцівку піднімали під кутом не менше 45 градусів. Цей момент операційного втручання дуже важливий, оскільки якщо кінцівка припіднята, то зменшується діаметр самої вени і результат склерооблітерації буде набагато ефективнішим.

Використовуючи методику "foam-form" за Tessari (2) переводили препарат в стан мілко дисперсної піни. Для цього використовували одноразові пластикові шприці по 5 мл, які з'єднані трьох каналним перехідником із клапаном. В один шприц набирали 2 мл склерозанта, а в інший 4 мл повітря. Потім енергійним тиском на поршні шприців перекачували флєбосклерозуючу речовину із одного шприца в інший. Достатньо 18-120 активних перекачувань для отримання 5 мл мілкодисперсної піни.

Враховуючи магістральний тип будови великої підшкірної вени, з метою мінімізації операційної травми виконували склерооблітерацію вени за методикою "foam-form". В чотирьох випадках виконано склерооблітерацію в два етапи, у трьох - в один етап введення склерозанта тільки на гомілці.

Припідняте до 45 градусів положення кінцівки дозволяє міхурцям повітря разом із склерозантом розповсюджуватись догори, заповнюючи всі додаткові розгалуження стовбура великої підшкірної вени. Клапанний апарат самої ВПВ не перешкоджає просуванню піноподібного склерозанта.

Над місцем пункції накладають марлеву, а над нею латексну подушечку і виконують термінову еластичну компресію. Завершують процедуру

еластичним бинтуванням вени на стегні та гомілці. Одразу після закінчення операції проведено пасивне згинання-розгинання стопи протягом 7-10 хвилин з метою посилення кровотоку в глибокій венозній системі. Таке посилення роботи венозної помпи гомілки унеможливорює потрапляння склерозанта в глибокі вени і попереджає розвиток тромбозу.

Корисна модель пояснюється прикладом конкретного виконання.

Приклад.

Хвора К. (і/х № 6568) надійшла до відділення судинної хірургії ОКЛ з явищами гострого поверхневого тромбофлебіту верхньої третини гомілки. Через 3 доби від початку запалення ущільнення розповсюдились до середньої третини стегна. При надходженні клінічно пальпуються щільні болючі тяжи по ходу тромбованих вен на гомілці в верхній третині та на стегні до середньої третини.

УЗДС - прохідна глибока венозна система, прохідний стовбур ВПВ у верхній третині стегна за 9-10 см до гирла та на гомілці дистальніше середньої третини. Вирішено виконати склерооблітерацію полідоканолом за методикою "foam-form". Першим етапом виконано кросектомію для надійної ліквідації вертикального рефлексу. Виділено вену в нижній третині гомілки біля медіальної щиколотки. Після приготування піноподібного розчину введено склерозант у вену на стегні та на гомілці. На завершальному етапі виконано компресію марлевым валиком гомілки та стегна за ходом склерозованої вени та туге еластичне бинтування кінцівки.

Виписана в задовільному стані. Через 3 місяці під час контролю клінічних ознак тромбофлебіту та розширених сегментів вен не виявлено. На УЗДС - повна склерооблітерація поверхневої вени.

Перевага способу, що заявляється, полягає у можливості припинити розповсюдження тромботичного процесу в проксимальному та дистальному напрямках, виконати кросектомію і тим самим ліквідувати вертикальний рефлекс крові, мінімізувати операційну травму, забезпечивши і радикальність операції і її косметичність.

Література:

1. Матюшин И.М., Глузман А.М. Справочник Хирургических операций (эпонимы). - Киев «Здоров'я», 1979 - с. 262, 264, 265.
2. Tessari L. Caverzzi., Frullini A. // Dermatol Surg. - 2001 - Vol. 27. - P. 58-60.