



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **46308** (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 ЛІКУВАННЯ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ

1

(21) u200908066

(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, ВОРОНИЧ ВАСИЛЬ МИРОСЛАВОВИЧ

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

2

СЛАВ ВАСИЛЬОВИЧ

(57) 1. Спосіб лікування варикотромбофлебіту, який **відрізняється** тим, що містить в собі введення піноутворюючого склерозанту вище розміщених та нижче розміщених сегментів вени відносно тромбофлебіту, причому вказане введення склерозанту проводять під УЗ-контролем.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як склерозант використовують полідеканол.

Корисна модель відноситься до флебології і може бути використана при лікуванні поверхневого варикотромбофлебіту нижніх кінцівок.

Варикотромбофлебіт означає найбільш розповсюджену форму тромбофлебіту, при якій патологічний процес уражає варикозно розширені поверхневі вени нижніх кінцівок і є самим розповсюдженим гострим судинним захворюванням.

Лікувальні заходи варикотромбофлебіту направлені, в першу чергу, на запобігання розповсюдження тромбозу на глибокі вени, на швидке купірування запальних явищ в стінках вени і оточуючих тканинах та виключення рецидивів тромбозу розширених вен. Дії, що вживаються, та їх послідовність в такій ситуації визначаються локалізацією та рівнем розповсюдження варикотромбофлебіту, характером основного захворювання (варикозна або посттромбофлебітична хвороба), а також загальним станом пацієнта.

Оперативне лікування може мати паліативний або радикальний характер. В основі паліативних операцій лежить запобігання переходу тромбозу на глибокі вени через сафено-феморальне та сафено-поплітеальне соустя.

Відомо, що розглянута вище проблема вирішується за допомогою, наприклад, способу лікування гострого тромбофлебіту за Опелем-Вознесенським. Цей спосіб передбачає перев'язку вени вище тромбованого сегменту та висічення тромбованої вени [1].

Відомий спосіб Сидориної, який полягає у видаленні тромбованої поверхневої вени, при цьому із двох розрізів проводять тунель навколо тромбо-

ваної вени і після перев'язки вену видаляють [1].

Ще одним відомим способом є спосіб Фірта-Хейгала-Лівора, який полягає у видаленні підшкірної вени, перев'язуванні її у місці впадіння в стенову вену і пересіченні. В периферійний кінець вени вводять моноактивний електрод і виконують внутрішньосудинну коагуляцію вени.

Всі вказані хірургічні способи є прямим втручанням, яке може бути протипоказане для хворих із важкою супутньою патологією.

Задачею корисної моделі є вдосконалення способу лікування варикотромбофлебіту шляхом склерооблітації, в результаті чого знижується небезпека розповсюдження тромботичного процесу, що особливо суттєво для хворих з супутньою патологією.

Поставлена задача рішенням тим, що в способі лікування варикотромбофлебіту, який включає введення піноутворюючого склерозанту вище розміщених та нижче розміщених сегментів вени відносно тромбофлебіту, причому вказане введення склерозанту проводять під УЗ-контролем.

Спосіб, що заявляється, здійснюють наступним чином. У вертикальному положенні пацієнта виконується маркування вузлів, які розташовані навколо ділянки тромбофлебіту. В горизонтальному положенні хворого виконується пункція варикозної вени в зоні найбільш дистально розташованого варикозного вузла. Нога піднімається під кутом 20-35° і вкладається на груди лікаря. Вказівним і безіменним пальцями лівої руки перетискається вена вище і нижче на 5 см від місця пункції. Рухами тулуба лікаря вперед виконується максимальне згинання стопи пацієнта, що викликає скорочення

(19) **UA** (11) **46308** (13) **U**

м'язів гомілки.

Використовуючи методику "foam-form" за Tessari, переводиться препарат в стан мілкодисперсної піни. Для цього використовуються одноразові пластикові шприці по 5мл, які з'єднані трьохканальним перехідником із клапаном. В один шприц набирається 2мл склерозанту, а в інший 4мл повітря.

Потім енергійним тиском на поршні шприців перекачують флебосклерозуючу речовину із одного шприца інший. Достатньо 18-20 активних перекачувань для одержання 5мл мілкодисперсної піни. Під ультразвуковим контролем швидко вводиться піноподібний склерозант (препарат "Aethoxysklerol", діюча речовина полідоканол) в дистальний сегмент варикознорозширеної вени. Голка із просвіту видаляється. М'язова систола дозволяє попередити попадання склерозанту в глибокі вени і створити достатньо повне заповнення варикозних і зв'язаних з ними недостатніх перфорантних вен. Після 20-секундної експозиції рухами тулуба лікаря дозadu виконується максимальне тильне розгинання стопи і припиняється компресія поверхневих вен пальцями. М'язова дістола дозволяє заповнити склерозуючою речовиною субфасціальну частину перфоранта і направити його надлишок в поверхневі вени.

Над місцем пункції накладають марлеву, а над нею латексну подушечку і виконують термінову еластичну компресію. Склерооблітерацію проксимально розташованих варикозних вен вище кордону тромбозу виконують за аналогічно описаній вище технологією.

Для попередження потрапляння склерозанту в глибоку венозну систему перетискають на 1-2 хвилини пальцями поверхневу вену в місці впадіння її в глибоку. Завершують процедуру еластичним бинтуванням вени на стегні.

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

Спосіб, що заявляється, показаний хворим при наявності спроможності клапанного апарату перфорованих вен.

Корисна модель пояснюється прикладом конкретного виконання.

Хвора Г. надійшла до відділення судинної хірургії ОКЛ із явищами гострого поверхневого тромбофлебиту. Гострі запальні явища на гомілці виникли за 5 діб до надходження. За медичною допомогою не зверталась. Через 3 доби від початку запалення ущільнення розповсюдились на передню поверхню стегна. При надходженні клінічно пальпуються щільні болючі тяжі по ходу тромбованих вен на гомілці в середній третині та на стегні на передній поверхні.

Ультразвукове дослідження судин - прохідна глибока венозна система, прохідний стовбур великої підшкірної вени у верхній третині стегна та на гомілці дистальніше середньої третини.

Вирішено виконати склерооблітерацію за методикою "foam-form". Після приготування піноподібного розчину введено склерозант у вену. На завершальному етапі виконано компресію марлевым валиком гомілки та стегна за ходом склерозованої вени та туге еластичне бинтування кінцівки.

Виписана у задовільному стані. Через 3 місяці підчас ультразвукового контролю виявлено надійну склерооблітерацію вени. Рецидиву варикозної хвороби-нижньої кінцівки не виявлено.

Таким чином суттєвою перевагою способу, що заявляється, є можливість припинити розповсюдження тромботичного процесу в проксимальному та дистальному напрямках у хворих із важкою супутньою патологією, яким протипоказано оперативне втручання.

Спосіб дозволяє попередити перехід тромбозу на глибокі вени і тим самим низити небезпеку тромбоемболії легеневої артерії.

Література:

1. Матюшин И.М., Глузман А.М. Справочник хирургических операций (эпонимы). - Киев "Здоров'я", 1979 - с. 262, 264, 265.