



УКРАЇНА

(19) UA (11) 67558 (13) U
(51) МПК (2012.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

1

2

(21) u201109717

(22) 05.08.2011

(24) 27.02.2012

(46) 27.02.2012, Бюл. № 4, 2012 р.

(72) ГУПАЛО ЮРІЙ МИРОНОВИЧ, ШВЕД ОЛЕНА ЄВГЕНІВНА, ДЯЧУК ДМИТРО ДМИТРОВИЧ, ШАМРАЙ-САС АРТЕМ ВАСИЛЬОВИЧ, НАБОЛОТНИЙ ОЛЕГ ІВАНОВИЧ

(73) ДЕРЖАВНА НАУКОВА УСТАНОВА "НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЦЕНТР ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ" ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СПРАВАМИ

(57) Спосіб лікування хронічної венозної недостатності, який включає введення пінного склерозанту в просвіт стовбура великої підшкірної вени під контролем ультразвукового дуплексного сканування, який **відрізняється** тим, що виконують пункцію гирла великої підшкірної вени, вводять катетер в ретроградному напрямку по стовбуру великої підшкірної вени та при зворотній тракції катетера вводять пінний склерозант до рівня гирла великої підшкірної вени.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок.

Відомий спосіб лікування хронічної венозної недостатності, який включає введення пінного склерозанту в просвіт великої підшкірної вени в антеградному напрямку під контролем ультразвуку [Knight R.M., Vin F., Zygmunt J.A., Ultrasonic guidance of injection into the superficial venous system. Phlebologie '89 Davy A., Stemmer R (eds), 1989. John Libbey Eurotext Ltd pp. 339-341].

Недоліком цього способу є ризик виникнення тромбозів системи глибоких вен, так як при введенні склерозанту в антеградному напрямку, склерозуюча рідина потрапляє в систему глибоких вен через гирло великої підшкірної вени.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу лікування хронічної венозної недостатності, який за рахунок введення склерозанту в ретроградному напрямку забезпечував би зменшення кількості тромбозів.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування хронічної венозної недостатності, який включає введення пінного склерозанту в просвіт стовбура великої підшкірної вени під контролем ультразвукового дуплексного сканування, згідно з корисною моделлю, виконують пункцію гирла великої підшкірної вени, вводять катетер в ретроградному напрямку по стовбуру великої підшкірної вени та при зворотній

тракції катетера вводять пінний склерозант до рівня гирла великої підшкірної вени.

Введення катетера в ретроградному напрямку по стовбуру великої підшкірної вени та введення пінного склерозанту до її гирла при зворотній тракції катетера забезпечує зменшення кількості тромбозів, так як при цьому пінний склерозант не потрапляє в систему глибоких вен.

Спосіб виконують наступним чином.

Хворому виконують ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) судин. Визначають наявність та розповсюдження вертикального рефлюксу крові по основному стовбуру великої підшкірної вени, діаметр просвіту великої підшкірної вени на всьому її протязі, діаметр устя великої підшкірної вени, спроможність остіального клапану та наявність сафено-феморального рефлюксу крові, наявність недостатності перфорантних вен та шляхи їх з'єднання із системою глибоких вен. Після обробки операційного поля за допомогою ультразвукового сканера візуалізується сафено-феморальне співустя. Під місцевою анестезією проводять пункцію гирла великої підшкірної вени за допомогою пункційного набору. Після проведеної пункції, в ретроградному напрямку, під контролем ультразвуку вводять провідник розміром F7 до місця дистальної межі розповсюдження рефлюксу. За допомогою змішувача проводять спінення склерозанту Склеровейн 3 % з розрахунку 1 мл склерозанту з 2 см³ повітря. Пінний склерозант вводять за допомогою ін'єкційного шприца по катетеру в ретроград-

(13) U

(11) 67558

(19) UA

ному напрямку під контролем ультразвукового дуплексного сканування з поступовою повільною зворотною тракцією катетера та заповненням пінним склерозантом просвіту вени. Тракцію припиняють, коли катетер досягає гирла великої підшкірної вени. На місце пункції накладають компресійну пов'язку, проводять еластичне бинтування нижньої кінцівки.

Приклад. Хворий П., 1958 р.н., історія хвороби № 441.

Діагноз: варикозна хвороба поверхневих вен обох нижніх кінцівок. Хронічна венозна недостатність С III (СЕАР).

При огляді: помірно виражений набряк правої нижньої кінцівки. Виконали ультразвукове дуплексне сканування судин: УЗ-ознаки варикозної хвороби нижніх кінцівок з недостатністю клапанів та вертикальним рефлюксом крові по стовбурі великої підшкірної вени до рівня нижньої третини стегна на обох нижніх кінцівках. Діаметр гирла великої підшкірної вени справа - 8 мм, остіальний клапан спроможний. Діаметр устя великої підшкірної вени зліва - 7 мм, остіальний клапан спроможний. Визначаються окремі розширені перфорантні вени групи Кокета на правій гомілці.

Хірургічне лікування. Протокол операції: після обробки операційного поля розчином антисептика під місцевою анестезією провели пункцію устя великої підшкірної вени під контролем ультразвукового дуплексного сканування за допомогою пункційного набору. В просвіт вени в ретроградному напрямку ввели катетер розміром F7. Під контролем ультразвукового дуплексного сканування по катетеру з поступовою його зворотною тракцією в проксимальному напрямку здійснили введення пінного склерозанту Склеровейн 3 %, об'ємом 3 см³ (1 мл склеровейн 3 % x 2 см³ повітря) до рівня гирла великої підшкірної вени. Компресійна пов'язка на місце пункції. Еластичне бинтування правої нижньої кінцівки. Тромбозу глибоких вен не спостерігали.

За запропонованим способом проліковано чотирьох хворих, у яких тромбозу перфорантних та глибоких вен не спостерігали. В той же час при лікуванні чотирьох хворих по способу-аналогу в 1 хворого спостерігали тромбоз перфорантної вени Дода, що потребувало тривалого консервативного лікування.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє знизити кількість тромбозів системи глибоких вен.