



УКРАЇНА

(19) UA (11) 15150 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЦЕЛЮЛІТУ ТА ДЕРМАТОЛІПОСКЛЕРОЗУ

1

2

(21) u200512314

(22) 21.12.2005

(24) 15.06.2006

(46) 15.06.2006, Бюл. № 6, 2006 р.

(72) Дрюк Микола Федорович, Дзевицький Денис Ігорович, Чекулаєва Інна Анатоліївна

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування целюліту та дерматоліпосклерозу, що включає перетин перфорантних вен

та дезінтеграцію вогнищ целюліту та дерматоліпосклерозу, який **відрізняється** тим, що поза межами ділянки, на якій планується втручання, проводять тунелювання підшкірної клітковини у вигляді замкнутого кола, у сформований тунель вводять мононитку, яку кожні 2-3 дні підтягують за кінці до виходу з тунелю, перетинаючи всі перфорантні вени та дезінтегруючи вогнища целюліту або дерматоліпосклерозу.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме - до хірургії, і застосовується для лікування целюліту та дерматоліпосклерозу на тлі хронічної венозної та лімфовенозної недостатності.

Відомий спосіб лікування целюліту та дерматоліпосклерозу, який передбачає перетин перфорантних вен під виразкою за допомогою накладання кисету навкруги визначеної перфорантної вени із подальшим зняттям швів [А. с. СССР №1600710 (SU), МПК A61B17/00, 1990].

Недоліком цього способу є недостатня радикальність оперативного втручання за рахунок неможливості дезінтеграції уражених тканин та можливості роз'єднання лише визначеної перфорантної вени. Це приводить до збільшення кількості рецидивів захворювання.

В основу корисної моделі покладена задача розробки такого способу лікування целюліту та дерматоліпосклерозу, який за рахунок перетину всіх перфорантних вен та дезінтеграції вогнищ целюліту або дерматоліпосклерозу на ураженій ділянці дозволяє знизити кількість рецидивів захворювання.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування целюліту та дерматоліпосклерозу, який передбачає перетин перфорантних вен та дезінтеграцію вогнищ целюліту та дерма-

толіпосклерозу, згідно корисної моделі, поза межами ділянки, на якій планується втручання, проводять тунелювання підшкірної клітковини у вигляді замкнутого кола, у сформований тунель вводять мононитку, яку кожні 2-3 дні підтягують за кінці до виходу з тунелю перетинаючи всі перфорантні вени та дезінтегруючи вогнища целюліту або дерматоліпосклерозу.

Проведення тунелювання підшкірної клітковини у вигляді замкнутого кола, в яке проводять мононитку за допомогою якої виконують перетин перфорантних вен та дезінтеграцію вогнищ целюліту та дерматоліпосклерозу забезпечує зменшення кількості рецидивів захворювання за рахунок можливості охоплення ураженої ділянки значної площини та перетину всіх перфорантних вен та повної дезінтеграції ділянок целюліту або дерматоліпосклерозу.

Приведена в формулі корисної моделі періодичність підтягування мононитки кожні 2-3 доби визначена на підставі клінічного спостереження 7 хворих, які були прооперовані за запропонованим способом.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Проводять два розтини шкіри на відстані 4-5 см на рівні верхньої границі втручання. Проводять інфільтрацію підшкірної клітковини тумесцентним розчином, поза межами ділянки, на якій

(19) UA (11) 15150 (13) U

планується втручання. По інфільтрованим тканинам проводять тунелювання підшкірної клітковини за допомогою подовженого інструменту у вигляді замкнутого кола. При цьому виникає необхідність виконання додаткових розтинів шкіри в місцях повороту інструменту. У сформований тунель вводять мононитку з матеріалу, що не розсмоктується. Кінці нитки виводять в два розтини шкіри на рівні верхньої границі втручання та фіксують над шкірою на пластинках для запобігання прорізуванню шкіри. Проводять дренування медіального та латерального каналів перфорованою ПВХ-трубкою. Кожні 2-3 дні мононитку підтягують за кінці до виходу з тунелю перетинаючи всі перфорантні вени та дезінтегруючи вогнища целюліту або дерматоліпосклерозу. Дренаж видаляють при припиненні виділення рідини. Мононитку видаляють після її прорізування крізь охоплену ділянку.

Приклад 1

Хворий Т., 67 років. Історія хвороби №2158. Діагноз: Післятромбофлебітичний синдром правої нижньої кінцівки. Стадія реканалізації клубово-стегнового, стегново-підколінного та гомілкового сегментів. Неспроможність клапанів великої підшкірної вени та перфорантних вен гомілки. Хронічна венозна недостатність С 6, S. На внутрішній поверхні правої гомілки визначається ділянка гіперпигментації та дерматоліпосклерозу кам'янистої щільності розміром до 6×15см у нижнього полюсу якої знаходиться виразка розміром 3×4см.

Хворому проведено втручання в обсязі: венектомія великої підшкірної вени по Троянову-Беккокку-Нарату-Коккетту до зони трофічних розладів, перетин перфорантних вен гомілки, дезінтеграція вогнища дерматоліпосклерозу за запропонованим способом під спинномозковим знеболенням. Проведення мононитки (Пролен 4/0) здійснено навкруги ділянки ураження по незміненим тканинам за допомогою тупокінцевої канюлі із отворами на бокових поверхнях діаметром 2 мм пошогово, при чому в місцях зміни напрямку руху канюлі проводились додаткові розтини до 3 мм в які виводився кінець канюлі крізь яку в рану виводилась нитка, а канюля виймалась, після чого канюля вводилась в створений розтин і просувалась до місця наступної зміни руху, в місці якого проводився наступний розтин та через неї проводилась мононитка. Таким чином монониткою була охоплена ділянка гіперпигментації та дерматоліпосклерозу. Нитку було фіксовано на рівні на 4см вище верхньої границі ураженої ділянки на відстані 2см один від іншого на прокладках з полівінілхлориду. У сформовані при тунелюванні бокові канали (передній та задній) встановлено по одному полівінілхлоридному дренажу, які були виведені назовні поряд з кінцями мононитки. Підтягування мононитки проводилось кожні 3 доби. На 7 добу після припинення виділення по дренажах останні було видалено. Загоєння ран первинним натягом, шви знято на 8 добу, хворий виписаний на 8 добу після операції. Перетин перфорантних вен гомілки та дезінтеграція вогнища дерматоліпосклерозу завершено

на 21 добу, після чого нитку видалено. Загоєння виразки досягнуто на 26 добу після операції.

При огляді через 4 місяці у ділянці попередньої локалізації ураження тканин, їх щільність тканин не відрізняється від неуразених тканин, при сонографічному дослідженні перфорантних вен в оперованій зоні не виявлено, розладів чутливості та набряку на оперованій кінцівці не визначається. При спостереженні за хворим протягом року рецидиву захворювання не виявлено.

Приклад 2

Хворий Л. 53 років Історія хвороби №4123 Діагноз: Варикозна хвороба нижніх кінцівок. Неспроможність клапанів великої та малої підшкірних вен, стегново-підколінного та гомілкового сегментів, перфорантних вен обох гомілок. Вторинна лімфедема лівої нижньої кінцівки. Хронічна венозна недостатність С 4, s зліва, С 6 s справа. На правій гомілці в нижній та середній третині визначено циркулярну ділянку гіперпигментації та липодерматосклерозу кам'янистої щільності з явищами папіломатозу та трофічними виразками розмірами до 1см.

Хворому проведено втручання в обсязі: венектомія великої підшкірної вени по Троянову-Беккокку-Нарату-Коккетту до зони трофічних розладів, кросектомія малої підшкірної вени, перетин перфорантних вен гомілки, циркулярна дезінтеграція вогнища дерматоліпосклерозу за запропонованим способом під спинномозковим знеболенням. Проведення 4 монониток (Пролен 4/0) здійснено по передньо інфільтрованим тунельним розчином тканинам нижньої та середньої третини гомілки через 4 канали. За рахунок цього охоплена вся ділянка циркулярного ураження тканин. Тунелювання склерозованих тканин проведено за допомогою тупокінцевої канюлі із отворами на бокових поверхнях діаметром 2мм, в місцях зміни напрямку руху канюлі з вертикального на горизонтальний проводились додаткові розтини до 3 мм в які виводився кінець канюлі крізь яку в рану виводилось 2 нитки з вертикальних тунелів, а горизонтально проводилось по одній нитці. Нитки були фіксовані на рівні на 4см вище верхньої границі ураженої ділянки на циркулярній прокладці з полівінілхлориду. В кожний вертикальний тунель встановлено по 2 полівінілхлоридному дренажі, які були виведені назовні крізь окремі розтини. Підтягування мононитки проводилось кожні 3 доби. На 15 добу після припинення виділень дренажі були видалені. Загоєння ран первинним натягом, шви знято на 9 добу, хворий виписаний на 17 добу після операції. Перетин перфорантних вен гомілки та дезінтеграція вогнища дерматоліпосклерозу завершено на 33 добу, після чого нитку видалено. Загоєння виразки досягнуто на 42 добу після операції.

При огляді через 6 місяців щільність тканин в місці попередньої локалізації ділянки дерматоліпосклерозу не відрізняється від неуразених тканин, при сонографічному дослідженні перфорантних вен в зоні ураженої ділянки не виявлено, розладів чутливості на оперованій кінцівці не визначається, зберігається незначний набряк тилу стопи, який компенсується компресійною терапією

сю. При спостереженні за хворим протягом року рецидиву захворювання не виявлено.

Заявлений спосіб використаний при хірургічному лікуванні 7 хворих. При контрольному огляді, у строки більш 1 року після втручання рецидиву захворювання не було визначено. У той же

час, з 7 хворих які були проліковані за способом аналогом у 4 пацієнтів був виявлений рецидив захворювання у строки менш 1 року. Таким чином, використання запропонованого способу дозволило зменшити кількість рецидивів захворювання.