



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **69400** (13) **U**
(51) МПК (2012.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2011 12610	(72) Винахідник(и): Музь Микола Іванович (UA), Паламарчук Володимир Іванович (UA), Сморжевський Віталій Федорович (UA), Нарзієв Іззад Болтаєвич (UA)
(22) Дата подання заявки: 27.10.2011	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.04.2012	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.04.2012, Бюл.№ 8	(73) Власник(и): Музь Микола Іванович, вул. Попова, 17, кв. 110, м. Київ, 04074 (UA), Паламарчук Володимир Іванович, вул. Мостицька, 14, кв. 264, м. Київ, 04074 (UA)

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНОЇ ВИРАЗКИ ГОМІЛКИ ПРИ МІОФАСЦІАЛЬНОМУ СИНДРОМІ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

(57) Реферат:

Спосіб лікування трофічної виразки гомілки при міофасціальному синдромі на тлі хронічної венозної недостатності включає розтин тканин гомілки, аутодермопластику виразки та накладання компресійної пов'язки. Проводять поперечний розтин тканин у верхній третині гомілки, виділяють та пересікають чутливі нерви з подальшим проведенням аутодермопластики виразки.

UA 69400 U

Корисна модель належить до медицини, а саме, до хірургічних способів лікування трофічної виразки гомілки і може бути використаною в судинній хірургії.

Трофічна виразка гомілки (ТВГ) на тлі хронічної венозної недостатності (ХВН) характеризуються безперервним перебігом, постійним болем, трофічними розладами шкіри і підшкірної клітковини, венозною кульгавістю. Інтенсивність болю і відсутність ефективних методів лікування погіршує якість життя пацієнтів, іноді призводить хворих до відчаю.

Використання різних способів лікування трофічної виразки гомілки на тлі ХВН залежить від існуючих уявлень про патогенез захворювання. Протиріччя в розумінні патогенезу ХВН пояснює широке використання хірургічних втручань (фасціотомія, фасціоектомія, фасціопластика, флебектомія) і недостатню ефективність цих методів лікування (Шалимов А. А. Хирургия вен / А. А. Шалимов, И. И. Сухарев. - К.: Здоров'я, 1984. - 165 с.).

Відомий спосіб лікування трофічної виразки гомілки на тлі ХВН, шляхом розтину шкіри разом із підшкірною клітковиною та глибокою фасцією поза межами індурованої зони, по задній поверхні гомілки. Довжина розтину від підколінної ямки до медіальної кісточки. Шкірно-фасціальний клапоть вивертають до передньої поверхні гомілки, перев'язують неспроможні перфорантні вени під клаптем та пошарово ушивають рану (Шалимов А. А. Хирургия вен / А. А. Шалимов, И. И. Сухарев. - К.: Здоров'я, 1984. - С. 118-165).

Недоліком даного способу є виникнення ускладнень - утворення крайових некрозів, інфікування та нагноєння шкірно-фасціального клаптя. Внаслідок цього термін непрацездатності хворих збільшується в 3-4 рази.

Також відомий спосіб лікування, який заключається в попередньому маркуванні неспроможних вен у проекції на поверхню шкіри за допомогою ультразвукового ангіосканера та графічних позначок. Розтин проводять упоперек гомілки по траєкторії позначок, перфорантну вену перев'язують під фасцією (Пат. № 13851 U UA, МПК А61В 17/00, А61Р 9/00; Опубл. 17.04.2006, Бюл. № 4).

Недоліком даного способу є погіршення трофіки тканин, збільшення ризику інфікування тканин, некрози в індурованій шкірі. Як наслідок травматизації тканин утворюються гематоми м'яких тканин. Водночас спосіб досить складний.

Як найближчий аналог прийнятий спосіб лікування хронічної виразки гомілки, що включає розтин тканин в зоні індурованої шкіри та висічення і аутодермопластику виразки з подальшим накладанням компресійної пов'язки [Новые подходы в лечении тяжелых форм хронической венозной и лимфовенозной недостаточности нижних конечностей / Н. Ф. Дрюк, Л. М. Чурнуха, А. А. Гуч [и др.]: материалы III-го конгресса ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова. - К., 2003. - 117 с.].

Однак, таке оперативне втручання приводить до травми нервових волокон, порушення їх живлення, виникнення некрозів та рубців з відповідними наслідками (невроми, набряки, парестезії, плегії). Використання даного способу, як і решти об'єктів аналогічного призначення, є не досить ефективним.

В основу корисної моделі поставлено задачу - розробити такий спосіб лікування трофічної виразки гомілки при міофасціальному синдромі на тлі хронічної венозної недостатності, у якому шляхом розробки оптимального підходу до розтину тканин гомілки та нервових волокон забезпечується підвищення ефективності лікування виразки - прискорюється загоєння рани, нормалізується кровообіг та лімфообіг, зменшується больовий синдром, скорочується термін лікування та непрацездатності хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі, що включає розтин тканин гомілки, аутодермопластику виразки та накладання компресійної пов'язки, згідно з корисною моделлю, проводять поперечний розтин тканин у верхній третині гомілки у відповідності з зоною іннервації, виділяють та пересікають чутливі нерви з подальшим проведенням аутодермопластики виразки.

Застосування сукупності запропонованих прийомів - пересікання чутливих нервових волокон у відповідності з зоною іннервації гомілки виключає можливість пересікання суміжних нервів в ході операції. Поперечний розтин у верхній третині гомілки зумовлює прискорення загоєння рани, оскільки знаходиться за межами зони трофічно змінених тканин. Нормалізація кровообігу та лімфообігу, покращення трофіки тканин, зменшення больового синдрому, натягу тканин - досягається за рахунок виключення патологічної імпульсації із уражених запальним процесом нервів зони трофічної виразки.

Отже, невротомія чутливих нервів гомілки покращує ефективність лікування трофічних виразок нижніх кінцівок, виключає прояви рецидивів і розвиток післяопераційних ускладнень, скорочується термін перебування на лікарняному ліжку та термін непрацездатності (на 40-50 %).

Спосіб здійснюють наступним чином.

Хворому під місцевим знеболенням 2 % розчином лідокаїну після обробки операційного поля та визначення топографічної анатомії іннервації у верхній третині гомілки, проводять маркірування на поверхні шкіри напрямку вен та локалізації неспроможних вен та виконують поперечний розтин тканин у верхній третині гомілки у відповідності з зоною іннервації. Після доступу, розтин нерва складається з двох моментів: виділення нерва і його пересічення. Виділення нерва проводять згідно з загально хірургічними правилами на малій відстані, приблизно 1,5-2 см. Після виділення нерва під нього підводять поліхлорвінілову смужку та пересікають. Для зупинення з судини кровотечі проводять тампонування кінця нерва марлевым шариком протягом 5-10 хвилин. Оперативне втручання закінчують пошаровим зашиванням рани, виконанням аутодермопластики виразки та накладанням компресійної пов'язки.

Клінічний приклад.

Пацієнтка В., 47 років, була прийнята у хірургічне відділення лікарні з діагнозом: Хронічна венозна недостатність, трофічна виразка гомілки. Скарги на біль в ділянці виразки, обмеження рухів в гомілковому суглобі. Проведено додатково ультразвукове дуплексне ангиосканування, біопсію країв виразки. Установлено недостатність стінки поверхневої стегнової вени з неспроможністю перфорантних вен. Призначено оперативне лікування. Перед оперативним втручанням проведено маркірування на поверхні шкіри напрямку вен та локалізації неспроможних вен. Хворій під місцевим знеболюванням виконано оперативне втручання за розробленим способом. Після оперативного втручання в першу добу відмічено зниження болю в ділянці трофічної виразки, покращилось самопочуття. На третю добу біль зник, залишилось відчуття оніміння в гомілці. На третю неділю трофічна виразка загоїлась, хвора переведена на амбулаторний режим лікування. Через 1 рік нагляду рецидивів і побічних проявів не відмічено.

Таким чином, спосіб лікування трофічної виразки гомілки при міофасціальному синдромі на тлі хронічної венозної недостатності є ефективним і пропонується до впровадження в клінічних умовах судинних і загально хірургічних відділень.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування трофічної виразки гомілки при міофасціальному синдромі на тлі хронічної венозної недостатності що включає розтин тканин гомілки, аутодермопластику виразки та накладання компресійної пов'язки, який **відрізняється** тим, що проводять поперечний розтин тканин у верхній третині гомілки у відповідності з зоною іннервації, виділяють та пересікають чутливі нерви з подальшим проведенням аутодермопластики виразки.

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601