



УКРАЇНА

(19) UA (11) 43332 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00
A61N 5/067 (2009.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ПІДШКІРНИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

1

2

(21) u200902871

(22) 27.03.2009

(24) 10.08.2009

(46) 10.08.2009, Бюл.№ 15, 2009 р.

(72) ШАПРИНСЬКИЙ ВАСИЛЬ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЮРЕЦЬ СЕРГІЙ СЕРГІЙОВИЧ, ЛАЗОРЕНКО ВОЛОДИМИР ЄВГЕНОВИЧ, ЛЕВАНЧУК СЕРГІЙ МИХАЙЛОВИЧ, МЕЛЬНИК ВОЛОДИМИР БОРИСОВИЧ

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб лікування варикозного розширення підшкірних вен нижніх кінцівок, який полягає в тому, що проводять ендовенозну лазерну коагуляцію великої підшкірної вени, попередньо виключеної шляхом перев'язки сафено-стегового співустя, під дією інтраопераційної зовнішньої еластичної компресії.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії, а саме до методів лікування варикозного розширення підшкірних вен нижніх кінцівок.

Основними патогенетичними факторами первинного варикозного розширення вен є: а) вроджена чи набута, постійна чи тимчасова слабкість венозної стінки, б) регіонарна ортостатична венозна гіпертензія нижніх кінцівок, обумовлена клапанною недостатністю перфорантних вен та недостатністю клапанів великої підшкірної вени.

Відомий спосіб хірургічного лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок полягає у введенні у просвіт великої підшкірної вени зонду та видалення її шляхом тракції. (Савельєв В.С., Думпе Э.П., Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен. - М.: Медицина, 1972, с. 367-90).

Недоліком відомого способу є висока травматичність та поганий косметичний результат при оперативних втручаннях, що обумовлені пошкодженням лімфатичних колекторів та підшкірних нервів у процесі видалення вени. Прототип корисної моделі невідомий.

В основу корисної моделі "Спосіб лікування варикозного розширення підшкірних вен нижніх кінцівок" поставлене завдання зменшити травматичність та досягти доброго косметичного результату, шляхом ендовенозної лазерної коагуляції під дією еластичної компресії. Це досягається способом, який полягає в тому, що проводять ендовенозну лазерну коагуляцію великої підшкірної вени, попередньо виключеної шляхом перев'язки сафе-

но-стегового співустя, під дією інтраопераційної зовнішньої еластичної компресії.

Спосіб здійснюється таким чином. Розрізом в проекції сафено-фemorального співустя виділяють, лігують та відсікають проксимальну частину великої підшкірної вени. У просвіт вени в ретроградному напрямку вводять катетер зі світловолоконом, виконують інфільтрацію перивенозного простору великої підшкірної вени на всьому протязі фізіологічним розчином, охолодженим до 18 градусів за Цельсієм, ушивають рани та вдягають компресійний трикотаж. Далі проводять лазерну коагуляцію вени шляхом тракції у протилежному введенню напрямку зі швидкістю 2мм/сек. Механізм впливу лазерної енергії полягає у пошкодженні венозної стінки як шляхом прямого впливу лазерного випромінювання, так і непрямого через бульбашки пару, що виникають під час вапоризації крові у просвіті вени.

Приклад

Хвора К., 63 років поступила в хірургічне відділення Вінницького обласного госпіталю для інвалідів ВВВ 15.07.08. (історія хвороби №456). Житель Шаргородського району, с. Зведенівка. Скарги на варикозне розширення підшкірних вен лівої нижньої кінцівки, набряк та важкість кінцівки після фізичного навантаження, гіперпігментацію, виразкові дефекти в нижній третині гомілки. Об'єктивно: варикозне розширення підшкірних вен лівої гомілки та нижньої третини стегна у вигляді вузлів, пастозність ступні. Трофічні зміни шкіри у вигляді гіперпігментації в нижній третині гомілки, наявність двох виразкових дефектів до 6см. в діаметрі в ни-

UA (19)
43332 (11)
U (13)

жній третині гомілки. Ультрасонографія: недостатність клапанів лівої великої підшкірної вени на стегні та гомілці, розширення її просвіту до 9мм на стегні. Глибокі вени нижньої кінцівки прохідні зі спроможними клапанами. Виявлено неспроможний перфорант під трофічною виразкою. Діагноз: варикозне розширення підшкірних вен лівої нижньої кінцівки, хронічна венозна недостатність Ш (С6 по класифікації СЕАР). 15.07.08. операція - ендовенозна лазерна коагуляція великої підшкірної вени на нижній лівій кінцівці. Під епідуральною анестезією у лівій паховій ділянці косим доступом 2см виділено сафено-феморальне гирло, пересічено та лігвано. В просвіт вени в антеградному напрямку введено катетер товщиною 5F та світловолокну. Виконано інфільтрацію перивенозного простору великої підшкірної вени на усьому протязі фізіологічним розчином охолодженим до 18 градусів за Цельсієм. Мета цього заходу полягає у відокремленні жирової клітковини, захисті нервових закінчень та лімфатичних судин, що проходять поряд з веною від термічного пошкодження, зовнішній компресії вени та кращого позиціонування світловолокну у її просвіті. Ушивання всіх ран та накладання асептичних пов'язок. Створення зовнішньої венозної компресії, шляхом інтраопераційного вдягання еластичного трикотажу. Для коагуляції використовували вітчизняний лазерний апарат «Ліка - Хірург» виробництва ПМВП «Фото-

ніка Плюс» з довжиною хвилі 940nm та потужністю 18Вт. Тракцію світловолокну проводили у ретроградному напрямку зі швидкістю 2мм/сек. На наступний день хвора відмічає болючість у ділянці післяопераційної рани, наявність поодиноких підшкірних екхімозів по ходу великої підшкірної вени та незначну болючість при їх пальпації. Хвора виписана зі стаціонару 16.07.08. під нагляд хірурга. При огляді лівої нижньої кінцівки через 6 місяців - варикозне розширення вен та набряків немає, трофічні виразки зажили, неприємні відчуття відсутні.

Перевага даного методу в порівнянні з відомими способами полягає у тому, що він є надійним, безпечним, малотравматичним, косметичнішим та клінічно ефективним втручанням для виключення великої підшкірної вени нижньої кінцівки. Надійність виключення вени досягається не тільки в лігуванні сафено-феморального співустя, а й проведенні ендовенозної лазерної коагуляції під дією еластичної компресії, яка викликає злипання стінок вени та облітерацію простору. За рахунок інфільтрації холодним фізіологічним розчином перивенозного простору значно зменшується можливість термічного ушкодження нервів та лімфатичних судин. Мінімальна операційна травма дозволяє скоротити період стаціонарного перебування та реабілітації пацієнта.