



Республика Таджикистан
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(19) **TJ** (11) **886**
(51) **МПК A61 B17/00**

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1701149

(22) 12.10.2017

(46) Бюл.134, 2017

(71) Султанов Дж.Д.(TJ); Тухтаев Ф.М.(TJ);
Саидов М.С.(TJ); Азизов А.А..(TJ).

(72) Султанов Дж.Д.(TJ); Тухтаев Ф.М.(TJ);
Саидов М.С.(TJ); Азизов А.А..(TJ);
Зугуров А.Х..(TJ).

(73) Султанов Дж.Д.(TJ); Тухтаев Ф.М.(TJ);
Саидов М.С.(TJ); Азизов А.А..(TJ).

**(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧ-
НОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.**

(56) 1. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко
А.И. Флебология: Руководство для врачей под ред.
В.С.Савельева М.; Медицина. 2001. 641 с.

2. Веденский А.Н. Посттромботическая болезнь
//Л.: Медицина. 1986. 240 с.

(57) Изобретение относится к медицине, к
сосудистой хирургии, а именно к хирургическому
лечению хронической венозной недостаточности
(ХВН) нижних конечностей.

Цель изобретения заключается в разработке
способа, устраняющего все факторы хронической
венозной недостаточности, т.е. все виды вено-
венозных патологических рефлюксов.

Суть способа заключается в устранении всех
видов патологических вено-венозных рефлюксов,
снижение регионарной венозной гипертензии,
улучшение венозного оттока. Способ состоит из
нескольких компонентов и показан при
посттромботической и варикозной болезни,
осложнившихся ХВН II и III степеней. Данный
способ состоит из следующих компонентов: 1.
Резекция задней большеберцовой вены; 2.
Субфасциальная перевязка и пересечение
перфорантных вен медиальной поверхности
нижней трети голени; 3. Разъединение
естественных артериовенозных свищей между
большеберцовой артерией и веной; 4. При наличии
венозной трофической язвы голени иссечение вен
под язвой из этого же доступа.

Изобретение относится к медицине, к сосудистой хирургии, а именно к хирургическому лечению хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей.

Известны способы: резекция задней большеберцовой вены, обтурация задней большеберцовой вены [1].

Резекция задней большеберцовой вены при лечении ХВН впервые была предложена Веденский А.Н. [2]. В последующем эта операция не нашла широкого применения и почти была забыта. В последние годы вновь стала привлекать внимание ангиохирургов.

Данная операция применялась в основном при посттромботической болезни для устранения вертикального рефлюкса по задней большеберцовой вене, развивающегося вследствие абсолютной клапанной недостаточности. В случае реканализации вены после перенесенного тромбоза, в результате адгезии клапанов развивается вертикальный рефлюкс. Относительная недостаточность клапанов указанной вены встречается очень редко.

Для ликвидации вертикального рефлюкса была предложена также менее травматичная операция обтурация задней большеберцовой вены кетгутом.

Преимуществом этих операций является устранения вертикального рефлюкса, устранения перфорантной недостаточности и уменьшения венозной гипертензии в нижней трети голени.

Из недостатков следует отметить, что при резекции и обтурации задней большеберцовой вены ликвидируется неполностью перфорантная недостаточность на голени. Порочная циркуляция крови между берцовыми, перфорантными и подкожными венами сохраняется, регионарная венозная гипертензия в области трофической язвы (если она есть) сохраняется, а на н/3 голени устраняется частично, т.е. основные факторы хронической венозной недостаточности полностью не устраняются.

Прототипом может служить резекция задней большеберцовой вены [1]. Данная операция в основном применялась при посттромботической болезни.

После выполнения флебэктомии продольным разрезом длиной 20 см на нижней трети, задней медиальной части голени послойно выделяются задние большеберцовые вены и артерия.

Расширенная задняя большеберцовая вена выделяется на протяжении 20 см, перевязываются все ее ветви и резецируется. Оставляется интактная, не расширенная другая вена. Рана зашивается послойно.

Что касается недостатков способа, следует отметить риск нагноения и краевого некроза при выраженных трофических изменениях кожи в области разреза, а также при этом способе устраняется лишь один фактор хронической

венозной недостаточности — вертикальный рефлюкс по задней большеберцовой вене.

Цель изобретения заключается в разработке способа, устраняющего все факторы хронической венозной недостаточности, т.е. все виды вено-венозных патологических рефлюксов.

Поставленная цель достигается: 1. Устранением всех патологических рефлюксов на голени. 2. Путем резекции задней большеберцовой вены, диссекции перфорантных вен медиальной поверхности голени, разьединением артериовенозных естественных свищей, иссечением притекающих вен под язвой из этого же разреза (когда имеется трофическая язва).

В связи с тем, что при декомпенсированных формах хронической венозной недостаточности на почве посттромботической и варикозной болезни развивается перфорантная недостаточность, в основном на нижней медиальной части голени. Кроме того, отмечаются горизонтальные вено-венозные сбросы между глубокими берцовыми венами, патологический горизонтальный кровоток между берцовыми, перфорантными и подкожными венами. Естественные артериовенозные свищи между большеберцовой артерией и большеберцовыми венами еще больше способствуют повышению давления в венах. Вся эта патологическая гемодинамика повышает регионарную венозную давление, и являются причинами трофических изменений тканей голени.

В связи с этим, перед нами была поставлена цель — разработать, направленный на устранение всех видов патологических вено-венозных рефлюксов, снижение регионарной венозной гипертензии, улучшение венозного оттока. Разработанный способ состоит из нескольких компонентов и показан при посттромботической и варикозной болезни, осложнившихся ХВН II и III степеней. Данный способ состоит из следующих компонентов: 1. Резекция задней большеберцовой вены; 2. Субфасциальная перевязка и пересечение перфорантных вен медиальной поверхности нижней трети голени; 3. Разьединение естественных артериовенозных свищей между большеберцовой артерией и веной; 4. При наличии венозной трофической язвы голени иссечение вен под язвой из этого же доступа.

Разработанный способ хирургического лечения ХВН рекомендуется как обязательный основной компонент комбинированной операции. При этой операции практически все факторы ХВН: порочный круг венозной гемодинамики между передними и задними большеберцовыми, малоберцовыми, перфорантными и подкожными венами, вертикальный рефлюкс по задней большеберцовой, горизонтальный рефлюкс по перфорантным венам устраняются. Разьединением естественных артериовенозных свищей ликвидируется один из механизмов регионарной венозной гипертензии.

При наличии трофической язвы избегая дополнительных разрезов из этого же доступа можно иссекать вен под язвой.

Разработанный способ был применен у 138 больных. Данный способ позволяет улучшить результаты лечения больных с тяжелыми формами ХВН нижних конечностей.

Техника выполнения операции.

Операция выполняется под спинальным обезболиванием. Первоначально выполняются комбинированный способ флебэктомии. Первым этапом выполняется кроссэктомия разрезом на в/3 бедра косо-продольным разрезом ниже паховой складки длиной 3-4 см. выделяется ствол большой подкожной вены, выделяются все ее притоки, которые пересекаются и перевязываются у места впадения ее в бедренную вену. Ствол большой подкожной вены пересекается отступая на 0,5 см. от устья. Далее ствол удаляется при помощи зонда Бэбкока на уровне бедра, затем на голени. Венозные узлы на голени и бедра иссекаются отдельными небольшими разрезами по Нарату. Далее на проекции сосудисто-нервного пучка н/3 голени производится разрез длиной около 20-25 см. где наименьшие трофические изменения кожи. Послойно выделяется большеберцовые сосуды. Задняя большеберцовая вена обычно расширена, двух пинцетовая проба указывает на недостаточность клапанов. Она плотно прилегает к задней большеберцовой артерии. Следует осторожно препарировать во-избежание отрыва артерио-венозных сообщений. Последние встречаются в количестве 5-6, при повреждении которых возникает сильное артериальное кровотечение. Вену следует выделять до уровня крупного мышечного притока, которого следует осторожно выделять. При отрыве его он уходит в мышцу и отмечается сильное кровотечение. Найти эту вену бывает очень трудным. Зачастую расширение бывает одной из большеберцовых вен. Резецируют вену на протяжении около 20 см. Вторым этапом под фасцией обнаруживают расширенные перфорантные вены на ниже-медиальной поверхности голени, пересекают и перевязывают. При наличии трофической язвы из этого же разреза, не прибегая к дополнительному разрезу под язвой выделяют притекающие вены и иссекают. Рана зашивается послойно с дренированием силиконовой трубкой.

ПРИМЕРЫ КОНКРЕТНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ **Пример № 1.** Больной Н. 1964 г.р. ИБ № 2004 поступил 22.09.2008 г. жалобами на наличие отеков, боли, ограничение движения и трофической язвы левой голени. Болен в течение 17 лет. 8 лет назад перенес острый илеофemorальный венозный тромбоз слева. Неоднократно лечился консервативно, но временным эффектом.

При поступлении общее состояние относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. В легких

выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. А/Д на верхних конечностях 130/80 мм.рт.ст. Пульс 80 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Местно: нижние конечности ассиметричны, за счет наличия отеков левой ноги, начинающийся от в/3 бедра до пальцев. В области н/3 левой голени (фигура 1) на фоне гиперпигментации кожи и индурации отмечается трофическая язва размерами 2,0 x 1,0 см покрытая коркой. Явления дерматита, экземы не наблюдаются. Пульс на левой нижней конечности ослаблен из-за отеков. Чувствительность в пределах нормы.

По данным УЗДГ: В левой бедренной вене кровоток сохранен, но снижен, определяется непродолжительный рефлюкс. Подколенная вена проходима; В задней большеберцовой вене определяется вертикальный рефлюкс.

Клинический диагноз: Посттромбофлебитический синдром левой нижней конечности. ХВН С₆ класс. Трофическая язва левой голени. Сопутствующий: ИБС. Больной произведено УФО облучение язвы, перевязки с ферментами (трипсин) 2 раза в день в течение 3 дня. Достигнуто относительное очищение язвы.

24.09.2008 г. произведена операция Флебэктомия вен голени, резекция задней большеберцовой вены и иссечение притекающих вен под язвой.

Под спинальным обезболиванием спереди медиальной лодыжки была выделена начальный отдел большой подкожной вены, которая была пересечена и перевязана. До в/3 голени ствол большой подкожной вены удалены по способу Бэбкока.

Далее в н/3 голени позади медиальной лодыжки по заднему краю язвы произвели разрез (фигура 2), длиной 25 см. Кожа данной области твердая и спаяна с прилежащими тканями. После рассечения фасции выделены сосудисто-нервный пучок. Задние большеберцовые вены (их 2) расширены, плотно прилегают к артерии. Осторожно при помощи микроинструментария мобилизованы обе вены. При этом перевязаны и пересечены несколько естественные артериовенозные сообщения. Из-за смещения артериальной и венозной крови в венах кровь имеет алую окраску, похоже, артериальной. Следует вены брать на мягкую держалку, в противном случае после спазма вен отличить от артерии бывает трудным. В проксимальном направлении вена мобилизована от крупного мышечного притока, который перевязан. На этом уровне вена пересечена. В дистальном отделе вена выделена на уровне формирования ствола вены, где имеются слияние нескольких крупных притоков.

Далее из этого же разреза поднятием кожного лоскута произведена ревизия под язвой. При этом был выявлен вертикально идущий расширенный до 6 мм перфорантная вена, периферический конец которой заканчивается под язвой. Просвет перфорантной вены сохранен. А также найдены 2 продольно идущие к язве вены из системы БПВ. Все эти вены иссечены и перевязаны. Пространство под язвой дренировано резиновым выпускником и раны ушиты. Послеоперационный период протекал гладко.

На контрольной УЗДГ патологические рефлюксы не отмечаются. Отеки левой нижней конечности спали. Кожа в области язвы

посветлела и смягчилась, местами появились морщинистые складки, язва покрылась струпом, выделение из язвы прекратилось. Швы сняты на 9-е сутки и 13.10.2008 г. выписано в удовлетворительном состоянии. В течение недели язва зажила. За период наблюдения (8 лет) рецидива язвы нет, отеков конечности не наблюдаются, трофические изменения нижней трети голени значительно уменьшились.

Таким образом, предлагаемый способ позволяет предупредить развитие осложнений и рецидивов трофических язв, а также ускоряет их заживление.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

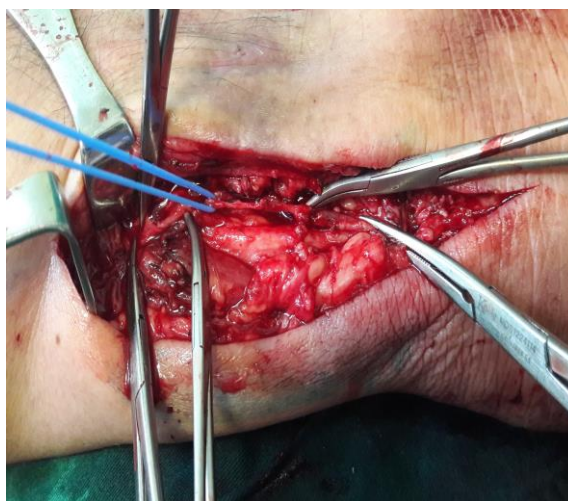
Способ хирургического лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей, включающий резекцию задней большеберцовой вены, **отличающийся тем, что** выполняют комбинированную флебэктомию, после кроссэктомии, разрезом на в/3 бедра косо-продольным разрезом ниже паховой складки длиной 3-4 см выделяют ствол большой подкожной вены, выделяют все ее притоки и перевязывают у места впадения ее в бедренную вену, ствол большой подкожной вены пересекают отступая на 0,5 см от устья и удаляют при помощи зонда Бэбкока на уровне бедра, затем на голени, венозные узлы на голени и бедра иссекают

отдельными небольшими разрезами по Нарату, далее на проекции сосудисто-нервного пучка н/3 голени производят разрез длиной около 20-25 см, послойно выделяют большеберцовые сосуды и резецируют на протяжении около 20 см, вторым этапом под фасцией обнаруживают расширенные перфорантные вены на ниже-медиальной поверхности голени, пересекают и перевязывают, при наличии трофической язвы из этого же разреза, не прибегая к дополнительному разрезу под язвой выделяют притекающие вены и иссекают, рану зашивают послойно с дренированием силиконовой трубкой..

Способ хирургического лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей



Фиг 1.



Фиг 2

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а