



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **395**

(51)) **МПК(2006) А 61 В**
17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1000529

(22) 29.10.2010

(46) Бюл.60 (4), 2010

(71) Султанов Дж.Д. (ТJ); Авгонов У.М. (ТJ);
Камолов А.Н. (ТJ); Гулов У.А. (ТJ); Саидов
М.С. (ТJ).

(72) Султанов Дж.Д. (ТJ); Авгонов У.М. (ТJ);
Камолов А.Н. (ТJ); Гулов У.А. (ТJ); Саидов
М.С. (ТJ).

(73) Султанов Дж.Д. (ТJ); Авгонов У.М. (ТJ);
Камолов А.Н. (ТJ); Гулов У.А. (ТJ); Саидов
М.С. (ТJ).

(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕ-
НОЗНОЙ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ НИЖНИХ КОНЕЧ-
НОСТЕЙ

(56) 1. Богачев В.Ю., Богданец, Золотухин И.А.,
Брюшков А.Ю., Журавлева О.В. Послойная дер-
матолипэктомия (Shave therapy) при длительно
незаживающих венозных трофических язвах.
//Ангиология и сосудистая хирургия. -2003. -т.9. -
№ 4. -с.65-70.

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

3. Султанов Д.Д., Усманов Н.У., Гульмурадов Т.Г.,
Баратов А.К., Шарипов А.К. Комплексный подход
к лечению венозных трофических язв. // «Совре-

менные методы лечения в сосудистой хирургии и
флебологии». Материалы 13-й (XVII) междуна-
родной конференции Росс. общ. ангиологов и со-
судистых хирургов. Ярославль 2002. Ангиология и
сосудистая хирургия (прилож.) 2002. -№ 3. -
стр.167-168.

(57) Изобретение относится к медицине, к сосуди-
стой хирургии, а именно к хирургическому лече-
нию трофических язв нижних конечностей при
хронической венозной недостаточности.

Суть способа заключается в устранении всех
патологических рефлюксов на нижней конечности,
иссечении и перевязки притекающих вен под яз-
вой, которые устраняют основные причины разви-
тия язвы при хронической венозной недостаточ-
ности. При этом первоначально выполняется комби-
нированный способ флебэктомии, по показаниям
один из способов диссекции перфорантных вен
голени. Далее на 1,5-2 см отступя от краев язвы,
где наименьшие трофические изменения кожи,
производится полукружной разрез. Поднимается
кожный лоскут, выделяются притекающие вены:
идушие в вертикальном направлении, обращенные
концом к язве, или же не редко, проходящие про-
дольно под язвой. Все эти вены иссекаются и пе-
ревязываются, разрез ушивается узловыми швами
и дренируется резиновым выпускником.

Изобретение относится к медицине, к сосудистой хирургии, а именно к хирургическому лечению трофических язв нижних конечностей при хронической венозной недостаточности.

Известны способы: иссечения язвы с пластикой кожного дефекта местными тканями, а также укрытия дефекта пересадкой кожными лоскутами (Shave therapy) [1].

Венозная трофическая язва развивается при тяжелой хронической венозной недостаточности (ХВН). Она не имеет тенденции к заживлению, что обусловлено регионарной венозной гипертензией, постоянным секретом из язвы инфицированной плазменной жидкости, глубокими изменениями трофики кожи [2].

Вышеуказанные способы направлены на иссечение язвы и укрытия дефекта кожи. Преимуществом этих способов является иссечение некротизированных тканей и закрытия дефекта кожи, которые ускоряют сроки заживления язвы.

Из недостатков следует отметить, что пересадка лоскута трудоемкая, требует специальных навыков по пересадке свободного расщепленного или нерасщепленного кожного лоскута, а также высокий риск некроза лоскута на фоне инфицированной раны. Другой способ - пластика дефекта местными тканями также не лишен недостатков, что при больших размерах язвы не всегда удается укрытие дефекта и высокий риск краевого некроза лоскута.

Прототипом может служить метод иссечение язвы с пластикой дефекта кожи местными тканями [3].

Операция выполняется под спинальным обезболиванием. На 1/3 бедра, на проекции бедренного треугольника, ниже паховой складки производится косо-продольный разрез 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 (кроссэктомия). 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. Над фасцией выделяются расширенные перфорантные вены на медиальной поверхности голени и перевязываются. Все раны ушиваются. Следующим этапом язва иссекается по всей окружности в пределах здоровых тканей, удаляются некротизированные края и дно язвы. Из прилежащих здоровых тканей формируется кожный лоскут соответственно размерам дефекта кожи после иссечения язвы и лоскут перемещается на дефект и ушивается.

Что касается недостатков способа, следует отметить риск нагноения и краевого некроза, а также при больших размерах язвы и инфильтративных изменениях вокруг неё невозможность адекватного закрытия дефекта.

Цель изобретения заключается в разработке способа хирургического лечения венозной трофической язвы с минимальным риском осложнения. Поставленная цель достигается:

1. Устранением всех патологических рефлюксов на нижней конечности.

2. Путем иссечения и перевязки притекающих вен под язвой, которые устраняют основные причины развития язвы при ХВН.

В связи с тем, что методы лечения ХВН: консервативное, флебэктомия, традиционная и эндоскопическая диссекция перфорантных вен, резекция задней большеберцовой вены, хотя приводят к значительному регрессу симптоматики ХВН, в большинстве случаев отмечается позднее заживление язв до 6 месяцев, а у некоторых больных наблюдаются рецидивы.

Позднее заживление и наличие рецидивов у больных вызывает зачастую нервно-психические нарушения, чувство неполноценности и больших финансовых затрат на ее лечение. В связи с этим, перед нами была поставлена цель - разработать способ хирургического лечения трофических язв, направленный раннему заживлению язв и предупреждению рецидивов. Разработанный способ - иссечение и перевязка притекающих вен под язвой, рекомендуется как обязательный основной компонент комбинированной операции. Он устраняет регионарную венозную гипертензию и прекращению выделения из язвы инфицированной плазменной жидкости. Разработанный способ был применен у 30 больных. Эффект от перевязки вен, притекающих под язвой превосходит другие методы лечения по срокам заживления, а именно составляет максимально 1 месяц, у большинства больных эпителизация язвы отмечалась до выписки из стационара. Рецидивов не отмечалось. Данный способ позволяет улучшить результаты лечения больных с трофическими язвами при ХВН нижних конечностей.

Операция выполняется под спинальным обезболиванием. На проекции бедренного треугольника, ниже паховой складки производится косо-продольный разрез длиной 3-4 см и послойно выделяется ствол большой подкожной вены. Далее мобилизуются 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 (кроссэктомия). 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. На медиальной поверхности голени, где обычно отмечаются расширенные перфорантные вены, выделяются последние и перевязываются. Все раны на голени и бедре ушиваются. Далее на 1,5-2 см отступая от краев язвы, где наименьшие трофические изменения кожи, производится полукружной разрез. Поднимается кожный лоскут, выделяются притекаю-

щие вены: идущие в вертикальном направлении, обращенные концом к язве, или же не редко, проходящие продольно под язвой. Все эти вены иссекаются и перевязываются. Гемостаз, рана послойно зашивается.

Пример № 1. Больной Н. 1964 г.р. ИБ № 2004 поступил 22.09.2008 г. с жалобами на наличие отека, 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 с временным эффектом.

При поступлении общее состояние относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 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 отека левой ноги, начинающийся от в/3 бедра до пальцев. В области н/3 левой голени на фоне гиперпигментации кожи и индурации отмечается трофическая язва размерами 3,0 x 2,0 см с гнойно - некротическими краями, покрытой серо - грязным налетом. Из язвы постоянно выделяется желтая жидкость. 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 III стадии. 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, субфасциальная диссекция перфорантных вен по способу Савельева-Константиновой и иссечение притекающих вен под язвой.

Под спинальным обезболиванием в н/3 голени в области лодыжки по заднему краю язвы произвели разрез, длиной 15 см. Кожа данной области твердая и спаяна с прилежащими тканями. Выделена собственная фасция, где были лигированы и пересечены 5 перфорантных вен.

Спереди медиальной лодыжки был выделен начальный отдел большой подкожной вены, который был пересечен и перевязан. До в/3 голени ствол большой подкожной вены удален по способу Бэбкока. Далее на 1,5 см от переднего края язвы

произведен полукружный разрез длиной 7 см. Образовавшийся кожный лоскут приподнят и выявлен вертикально идущий, расширенный до 6 мм перфорантная вена, периферический конец которой заканчивается под язвой. Просвет перфорантной вены сохранен. А также найдены две, 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 рефлекссы 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. выписан в удовлетворительном состоянии. В течение недели язва зажила. За период наблюдения (2 года) рецидива язвы нет, отеков конечности не наблюдается, трофические изменения нижней трети голени значительно уменьшились.

Пример № 2. Больной И. 1960 г.р. ИБ № 1037 поступил 22.05.2009 г. с жалобами на наличие расширенных подкожных вен, болей, судорожные подергивания нижних конечностей, трофическую язву нижней трети голени.

Болен в течение 20 лет, в течение месяца лечился консервативно, а также получал лазеротерапию, но неэффективно. Трофическая язва существует последнее 5 лет, которая временами на непродолжительное время закрывается, но открывается вновь.

При поступлении общее состояние больного удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД на верхних конечностях 120/80 мм.рт.ст., пульс 78 уд. в 1 мин. Живот мягкий без болезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

Местно: наличие расширенных подкожных вен обеих нижних конечностей, больше слева. В нижней трети левой голени зарубцевавшаяся трофическая язва, размерами 2,0 x 3,0 см. Кожа в данной области темно бурого цвета. Подкожная клетчатка индурирована.

УЗДГ - артериальный кровоток в норме. На бедре выраженный сафено-фemorальный рефлюкс. В нижней и средней трети голени в области язвы определяется горизонтальный рефлюкс.

Клинический диагноз: Варикозная болезнь. Расширение подкожных вен обеих нижних конечностей, больше слева. Смешанная форма. ХВН III степени. Живущая язва нижней трети левой голени.

19. 04.2009 г. произведена операция: Комбинированная флебэктомия. Надфасциальная перевязка перфорантных вен. Иссечение и перевязка, притекающих вен под язвой слева. Операция произведена под спинальным обезболиванием. В нижней трети левой голени медиальнее от средней линии голени до нижней части лодыжки, длиной до 10 см. Над фасцией голени, после мобилизации ее 3-4 перфорантные вены были лигированы и удалены. Полукружным разрезом спереди от язвы образован кожный лоскут. При поднятии лоскута под язвой обнаружены несколько вен, притекающих к язве с разных направлений. Вены были иссечены и перевязаны.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На контрольной УЗДГ патологические рефлюксы не отмечаются. Кожа в области язвы посветлела и смягчилась, местами появились морщинистые складки. Швы сняты на 7-е сутки и 18.05.2009 г. выписан в удовлетворительном состоянии. В течение года рецидива язвы нет, отеков конечности не наблюдаются, трофические изменения нижней трети голени значительно уменьшились.

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

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ хирургического лечения венозной трофической язвы нижних конечностей, заключающийся в том, что после выполнения комбинированной флебэктомии и один из способов диссекции перфорантных вен, на проекции бедренного треугольника, ниже паховой складки производят косо-продольный разрез длиной 3-4 см, выделяют ствол большой подкожной вены, все ее притоки мобилизуют, пересекают и перевязывают, ствол большой подкожной вены пересекают отступая на 0,5 см. от устья и удаляют при помощи зонда Бэбкока на уровне бедра, затем на голени, далее, венозные узлы на голени и бедре иссекают отдельными небольшими разрезами по Нарату, на медиальной поверхности голени расширенные перфорантные вены выделяют над фасцией, перевязывают, и все раны на голени и бедре ушивают, **отличающийся тем, что** на 1,5-2 см от краев язвы, где наименьшие трофические изменения кожи, производят полукружной разрез, поднимают кожный лоскут, выделяют притекающие вены, идущие в вертикальном направлении, обращенные концом к язве, или же не редко, проходящие продольно под язвой, иссекают, перевязывают и рану зашивают послойно.

