

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ»
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
6 марта 2008 г.
Регистрационный № 060-0807

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НАДЛОДЫЖЕЧНЫХ ЯЗВ ВЕНОЗНОГО ГЕНЕЗА

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Витебский государственный
медицинский университет»

АВТОР: канд. мед. наук, доц. С.А. Сушков

Витебск 2008

Способ лечения надлодыжечных язв венозного генеза основан на коррекции местной венозной гемодинамики путем обтурации эктазированных или реканализированных задних большеберцовых вен. В результате снижения венозной гипертензии в зоне локализации язвенного дефекта создаются благоприятные условия для его заживления.

Метод разработан с целью улучшения лечения больных с трофическими язвами венозного генеза. Он прост, малотравматичен и может быть использован в хирургических и специализированных сосудистых отделениях больниц.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Ультразвуковая диагностическая система, работающая в В-режиме.
2. Общехирургический инструментарий.
3. Нерассасывающийся шовный материал.
4. Рассасывающийся шовный материал — хирургический кетгут простой (USP 1 metric 5, USP 2 metric 6).
5. Полиэтиленовый проводник диаметром 1 мм, длиной 20 см.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Неподдающиеся консервативному лечению язвы венозного генеза при варикозной болезни и посттромбофлебитическом синдроме, локализующиеся в нижней трети медиальной поверхности голени при эктазии (варикозная болезнь) или полной реканализации (посттромбофлебитический синдром) задних большеберцовых вен. Вмешательство может выполняться при диаметре задних большеберцовых вен более 2 мм, измеренных в ортостазе.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Абсолютные противопоказания:

1. Острый тромбофлебит поверхностных вен.
2. Трофические язвы венозного генеза, локализующиеся в нижней трети медиальной поверхности голени, при отсутствии патологических изменений задних большеберцовых вен.
3. Трофические язвы венозного генеза, локализующиеся позади медиальной лодыжки.
4. Трофические язвы венозного генеза, локализующиеся, на латеральной или задней поверхности голени.

Относительные противопоказания:

1. Трофические язвы, площадь которых превышает 20 см².

Примечание: при больших трофических язвах можно применять описываемый метод, но целесообразно одновременно произвести аутодермопластику язвенной поверхности расщепленным кожным лоскутом.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Предоперационное обследование и подготовка

1. В предоперационном периоде производится ультразвуковое ангиосканирование задних большеберцовых вен в В-режиме, оцениваются их анатомические особенности, измеряется диаметр позади медиальной лодыжки при нахождении больного в ортостазе.

2. Больные не нуждаются в проведении особой подготовки. При язвах площадью до 20 см² вмешательство может выполняться в любой фазе язвенного процесса. Если планируется дополнительно выполнить аутодермопластику, то проводится подготовка язвенной поверхности общепринятыми методами.

Обезболивание

Вмешательство может выполняться под местной, проводниковой, эпидуральной, спинномозговой анестезией.

Техника выполнения вмешательства

1. После обработки и подготовки операционного поля позади медиальной лодыжки рассекается кожа (рис. 1) и фасция на протяжении 3–4 см в проекции сосудистого пучка.

2. Выделяются задние большеберцовые вены и мобилизуются на протяжении разреза. Ориентиром служит *a.tibialis posterior*, рядом и находятся вены. Обычно их две, но может быть три и даже четыре. Поэтому ревизию следует проводить тщательно, обходя артерию со всех сторон.

3. В средней части на них накладываются зажимы (типа «москит»), вены между ними пересекаются. Дистальные части вен перевязываются в нижнем углу раны.

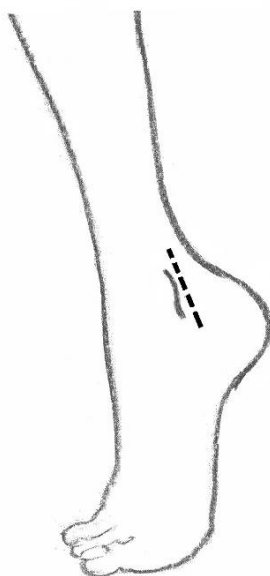


Рис. 1. Доступ к дистальному отделу задних большеберцовых вен

4. Готовится кетгут для обтурации. В зависимости от ширины задних большеберцовых вен выбирается его размер. Для облегчения введения кетгутовой нити на нее надевается кольцо из вены шириной 2 мм, полученное при резекции дистальной части берцовых вен. Кольцо смещается на середину нити, которая в этом месте складывается вдвое.

5. Один из концов проводника упирается в сформированное кольцо, а кетгутовая нить натягивается и удерживается в этом положении.

6. Края проксимальной части пересеченной вены захватываются зажимами типа «москит» так, чтобы можно было открыть просвет сосуда. Ранее наложенный зажим снимается.

7. Проводник с кетгутом вводится в просвет вены и продвигается в проксимальном направлении на 10–12 см.

8. Проводник аккуратно извлекается, так чтобы кетгут остался в просвете сосуда (рис. 2).

9. Вена у места пересечения перевязывается нитью из нерассасывающегося материала, при этом введенный в просвет сосуда кетгут фиксируется.

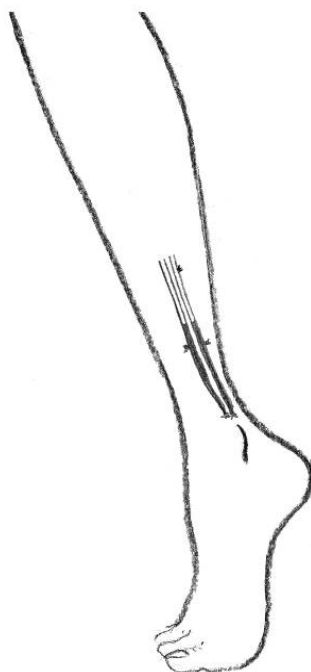


Рис. 2. Дистанционная окклюзия задних большеберцовых вен. Обтурированы дистальные отделы задних большеберцовых вен

10. Производится обтурация второй задней большеберцовой вены.

11. Рана послойно ушивается.

Послеоперационный период

В послеоперационном периоде больным назначаются анальгетики, прямые антикоагулянты в профилактических дозах (3–4 суток), аспирин по 0,25 г 2 раза в день (8–9 суток). Ходьба с эластичными бинтами разрешается

в день операции. Швы снимаются на 10–12 сутки. У некоторых пациентов в течение первых 3–4 суток может сохранять субфебрильная температура.

Заживление язвы происходит в короткие сроки, продолжительность зависит от площади язвенного дефекта.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Повреждение сосудов и кровотечение: возможно возникновение в результате повреждения a.tibialis posterior и соскальзывании зажима или лигатуры с пересеченных задних большеберцовых вен.

Профилактика: тщательное и аккуратное выделение всех элементов сосудистого пучка.

Меры по устранению осложнения: остановка кровотечения осуществляется общеизвестными методами.

2. Восходящий тромбоз вен голени: причиной служит введение обтурирующего материалы на глубину более 10–12 см. В этом случае перекрывается отток по мышечным венам, что и является пусковым механизмом тромботического процесса.

Профилактика: введение обтурирующего материала только на указанную глубину; назначение прямых антикоагулянтов в профилактических дозах.

Меры по устранению осложнения: применяются по общепринятым схемам.