

Заявляемое изобретение относится к области медицины, а именно сосудистой хирургии, и может быть применено при хирургическом лечении посттромбофлебитического синдрома (ПТФС) тазовых вен в стадии окклюзии с целью нормализации венозного оттока с нижних конечностей.

Известен способ коррекции венозной гемодинамики таза при ПТФС в стадии окклюзии С. Hardin (1962), включающий бедренно-кавальное шунтирование свободным отрезком большой подкожной вены бедра.

Однако данный способ не получил широкого распространения вследствие несоответствия большой подкожной вены бедра по ряду параметров для выполнения шунтирующих операций на тазовых венах (недостаточный диаметр, патологические изменения в подкожной вене бедра, ее отсутствие) [Hardin С. Bypass saphenous grafts for relief of venous obstruction of the extremity Surg. Gynec Obstet. 1962, v. 115, № 6, p. 61-64].

Наиболее близким к заявляемому является способ хирургического лечения посттромбофлебитического синдрома таза и нижних конечностей [Авт. св. СССР № 1560110], включающий создание армированного надлобкового шунта путем пересечения поверхностной вены бедра в проксимальном отделе, реверсирования и анастомозирования ее с большой подкожной веной бедра здоровой конечности. Однако, данный способ не обеспечивает полную нормализацию венозного давления в конечности, так как для его функционирования необходим градиент давления около 0,75 кПА, что предполагает сохранение повышенного давления в венозном русле пораженной конечности.

В основу изобретения поставлена задача создания способа коррекции венозной гемодинамики нижних конечностей и таза, в котором созданием при помощи выделенного участка поверхностной вены бедра обходного шунта вокруг окклюзированного участка подвздошной вены между нижележащими и вышележащими проходимыми магистральными венами по типу "конец в бок" обеспечивается достижение функционирования шунта физиологическим градиентом давления в разных вертикальных участках венозного русла. За счет этого обеспечивается более полная коррекция венозной гемодинамики.

Поставленная задача решается тем, что в способ коррекции венозной гемодинамики, включающий использование поверхностной аутовены бедра для аутовенозного шунта, согласно изобретению, вводится создание с помощью выделенного участка поверхностной вены бедра вертикального обходного шунта вокруг окклюзированного участка подвздошной вены между нижележащими и вышележащими проходными участками магистрального венозного русла по типу "конец в бок".

Заявляемый способ осуществляют следующим образом. Во всех случаях разрезом в проекции сосудистого пучка бедра на протяжении его средней трети выделяют поверхностную вену бедра дистально от уровня ее проксимального анастомоза с глубокой веной бедра и проксимально до уровня ее слияния с глубокой веной бедра, пересекают в указанных местах. Целостность венозного русла достигают ушиванием дистальной и проксимальной культи вен атрауматическими иглами с нитями 6-0. Поверхностную вену бедра изымают для последующего применения в роли аутотрансплантата.

С помощью выделенного участка поверхностной вены бедра создают вертикальный обходной шунт вокруг окклюзированного участка подвздошной вены между нижележащими и вышележащими проходимыми участками магистральных вен по типу "конец в бок".

Пример 1. Больной Ш., 42 года, поступил 01.02.93 г., и.б. №1520, в клинику с жалобами на боли, отек правой нижней конечности. По данным тазовой и ретроградной флебографии, дуплексного сканирования установлен диагноз: посттромбофлебитический синдром таза, окклюзия общей и наружной подвздошных вен справа, реканализация поверхностной бедренной вены. Больной оперирован. Доступом длиной 15 см в средней трети бедра справа в проекции сосудистого пучка выделена поверхностная бедренная вена длиной 18 см, диаметром 12 мм, проходима, клапанов не содержит. Латеральным доступом на правом бедре выделена общая бедренная вена, забрюшинным доступом справа выделен дистальный конец нижней полой вены. Выполнено бедренно-кавальное шунтирование армированной поверхностной аутовеной бедра по типу "конец в бок". После операции явления венозной недостаточности прошли, больной в удовлетворительном состоянии выписан домой на 14-е сутки после операции.

Пример 2. Больная Ю., 35 лет, и.б. № 865, поступила 19.01.93 г. с жалобами на боли, отек левой нижней конечности, наличие трофической язвы в области голени. По данным рентгеноконтрастной тазовой и ретроградной флебографии установлен диагноз: ПТФС- таза, окклюзия общей подвздошной вены слева. Больная оперирована. Доступом в проекции сосудистого пучка на бедре на протяжении его средней трети выделена поверхностная вена бедра длиной 17,5 см, диаметром 11 мм. Забрюшинным доступом слева выделены подвздошные вены слева, дистальный отдел нижней полой вены. Выполнено краевое отжатие нижней полой вены, наложен подвздошно-кавальный шунт армированной поверхностной аутовеной бедра длиной 10 см между проксимальным концом наружной подвздошной вены и дистальным концом нижней полой вены по типу "конец в бок". В послеоперационном периоде явления венозной недостаточности конечности прошли, по данным ультразвукового исследования шунт проходим. В удовлетворительном состоянии выписана на 15-е сутки после операции.

Пример 3. Больной К., 28 лет, и.б. № 5481, поступил 10.06.92 г. с жалобами на боли в правой голени, отечность, периодические появляющиеся трофические язвы. По данным рентгеноконтрастной тазовой и ретроградной флебографии, дуплексного сканирования установлен диагноз: ПТФС таза, окклюзия правой наружной подвздошной вены. Доступом на протяжении средней трети правого бедра в проекции сосудистого пучка выделена поверхностная вена бедра длиной 15 см, диаметром 11,5 мм, реканализирована, просвет ее сохранен, стенки уплотнены. Латеральным доступом на правом бедре выделена общая бедренная вена, взята на держалки. Забрюшинным доступом справа выделены подвздошные сосуды, мобилизованы. Выполнено наложение бедренно-подвздошного шунта поверхностной аутовеной бедра длиной 13 см. В послеоперационном периоде явления венозной недостаточности прошли, выписан на 12-е сутки в удовлетворительном состоянии домой.

Предлагаемым способом в различных модификациях оперировано 5 больных с положительными результатами. Данный способ рекомендован для лечения посттромбофлебитического синдрома таза.