



АССОЦИАЦИЯ
ФЛЕБОЛОГОВ
РОССИИ



INTERNATIONAL UNION
OF PHLEBOLOGY

ФЛЕБОЛОГИЯ

№2 • выпуск 2 • 2016 • том 10

Основан в 2007 г.



**Материалы
XI научно-практической конференции
Ассоциации флебологов России**

Вывод. При варикозном расширении вен нижних конечностей в станке поверхностных и глубоких вен развиваются одинаправленные изменения со стороны эндотелия, о чем свидетельствует изменение экспрессии CD31 на поверхности эндотелиальных клеток.

ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ПРИОБРЕТЕННЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ ШУНТОВ

Хитарьян А.Г., Прядко С.И., Велиев К.С., Лукашевич Г.Н., Мизиев И.А., Ватолина Т.В.

Москва, Россия

Цель исследования — изучение особенностей диагностики, клиники и лечения тяжелых форм венозной недостаточности на фоне приобретенных артериовенозных шунтов. Исследование проводилось с 2010 по 2013 г. в флебологическом центре Дорожной больницы СКЖД на ст. Ростов-Главный. Были прооперированы 518 больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей и посттромбофлебитическим синдромом С4—С6 по СЕАР, страдающих заболеванием более 10 лет. В исследование не включали больных с признаками врожденных артериовенозных шунтов. За это время прооперированы 29 (5,6%) пациентов с наличием артериовенозных шунтов в нижней трети голени. Группой контроля были 30 пациентов с варикозной болезнью С4—С6 класса по СЕАР. ЭВЛК перфорантных вен с макрофистулезной формой артериального шунта диаметром более 2 мм и скоростью кровотока более 10 см/с проводили с использованием «Способа лечения хронической венозной недостаточности, обусловленной артериовенозными шунтами», разработанного в нашей клинике. Результаты хирургического лечения вертикальных рефлюксов: венооблитерации БПВ и МПВ добились во всех случаях, кроме одного больного 1-й группы, которому потребовалось повторное ЭВЛК БПВ через 2 мес. У всех пациентов при ультразвуковом контроле ЭВЛК через 2 мес и через год сочли удовлетворительными (полная облитерация). Направленное выявление артериовенозных шунтов у 518 лиц с тяжелыми формами венозной недостаточности нижних конечностей С4—С6 СЕАР позволили выявить 29 (5,6%) больных с ХВН на фоне артериовенозных шунтов. У 90% этих больных имелись длительно незаживающие венозные трофические язвы. Клинический анализ больных показал, что у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, посттромбофлебитическим синдромом на фоне вторичных (приобретенных) артериовенозных свищей имеет особо злокачественное течение и характеризуется развитием длительно незаживающих трофических язв, резистентных к проводимой терапии, склонных к рецидивированию. Причем у 6 больных, перенесших флебэктомию ранее, ХВН прогрессировала за счет патологических артериовенозных шунтов. Используя предложенную методику диагностики, выбора хирургического вмешательства ликвидация артериовенозных шунтов приводит к уменьшению явлений ХВН и заживлению трофических язв.

Приобретенные артериовенозные шунты, согласно разработанному нами алгоритму, диагностируются первично — при помощи ультразвукового исследования с ЦДК, подтверждаются путем измерения индекса парциального давления кислорода. В нашем исследовании артериовенозные шунты выявились в 5,6% случаев. Хроническая венозная недостаточность на фоне артериовенозных шунтов отличается особо тяжелым течением, при этом последние чаще располагаются в зоне средних перфорантов Коккета, имеют высокие гемодинамические характеристики и большой (2—3) коэффициент отношения. Оптимальной методикой лечения пациентов с приобретенными артериовенозными шунтами является ЭВЛК с использованием «Способа лечения артериовенозных шунтов при хронической венозной недостаточности нижних конечностей».

ПЕРФОРАНТОНЕОГЕНЕЗ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ РАНЕЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Хитарьян А.Г., Гусарев Д.А., Гусарев С.А., Велиев К.С., Хубиев С.Т.

Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования — изучить такое явление, как новообразование перфорантных вен (перфорантонеогенез), после перенесенных ранее оперативных вмешательств (операции Линтона, Фельдера).

Материал и методы. Исследование проведено на базе трех патологоанатомических отделений Ростова—на-Дону. Произведен анализ 55 секционных наблюдений умерших. Выделены три группы: 1-я ($n=10$) — умершие без визуальных признаков хронической венозной недостаточности; 2-я ($n=21$) — с признаками хронической венозной недостаточности С4—С6 классов по СЕАР; 3-я ($n=24$) — ранее перенесших субфасциальную перевязку недостаточных перфорантных вен в зоне Коккета (операции Линтона, Фельдера). Во всех случаях выполняли подсчет перфорантов медиальной группы. Для гистологического изучения перфорантных вен во время аутопсии иссекали от 2 до 5 участков собственной фасции голени в зоне Коккета с перфорирующими ее венами и окружающими тканями. Дальнейшее исследование полученных гистологических препаратов осуществляли с помощью световой микроскопии.

Результаты. В первых двух группах умерших сосуды всех калибров были полнокровны, в склерозированной собственной фасции наблюдались очаговые скопления лимфоидных и плазматических клеток. Наряду с наличием перфорантных вен в зоне Коккета с нормальным гистологическим строением были выявлены патологически измененные вены. Отмечалось значительное количество коммуникантных вен с явлениями варикозного расширения просвета с истончением стенок сосудов или, наоборот, резкого склероза стенок с гипертрофией меди. По степени выраженности склероза выделены три морфотипа перфорантов.

Патологические процессы в измененных перфорантных венах первых двух групп больных были отмечены во всех трех слоях стенок вен. У умерших в 1-й группе патологические изменения перфорантов Коккета выявлены в 14,5%. Отмечено наличие перфорантонеогенеза в 3-й группе в сроки от 3 лет после операции. Перфорантонеогенез выявлен у 20 (83%) умерших. В сроки до 3 лет, прошедшие после перенесенного оперативного вмешательства, перфорантонеогенез выявили в 1 случае из 3, при давности срока в 3—5 лет — в 4 из 6. Во всех случаях, когда с момента вмешательства прошло более 5 лет (15 исследований) наблюдали перфорантонеогенез. При гистологическом исследовании неоперированных выявлены склеротические изменения, характерные для хронической венозной недостаточности.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование показало, что перфорантные вены с выраженными патологическими изменениями их стенок являются патоморфологической основой формирования низкого патологического вено-венозного сброса. Классические операции по устранению недостаточности перфорантного сброса высокоэффективны, однако перфорантонеогенез приводит к рецидиву патологического низкого вено-венозного сброса уже через 5 лет после хирургического вмешательства.

ПАЦИЕНТ С КЛИНИЧЕСКИМ КЛАССОМ С0, 1S НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ: СЛЕДУЕТ ЛИ ДУМАТЬ О ФЛЕБОПАТИИ?

Хлевцова Т.В., Мазайшвили К.В., Киян К.А., Цыпляшук А.В., Суханов А.В., Ангелова В.А., Семкин В.Д.

Москва, Россия

Цель исследования — установить профиль расстройств у пациентов, обратившихся на первичную консультацию к флебологу с жалобами «венозного» характера при отсутствии у них органи-

При лечении вен более 2 см в диаметре возрастает риск образования слепых карманов после тумесцентной анестезии, т.е. участков вены, не контактирующих со световодом. Это способствует развитию реканализации или может быть причиной изначально неудовлетворительного результата коагуляции.

Цель исследования — отследить результаты эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК) вен, диаметр которых в приустьевом отделе составлял более 2 см.

Материал и методы. В проспективное несравнительное исследование вошли 64 пациента, оперированные с ноября 2014 г. по сентябрь 2015 г., которым было выполнено 67 ЭВЛК. Во всех случаях коагуляции была подвергнута большая подкожная вена (БПВ). ЭВЛК выполнялась лазером с длиной волны 1470 нм, радиальными световодами с автоматической тракцией под тумесцентной анестезией. Диаметр вен, подвергнутых коагуляции, в приустьевом отделе составил от 21 до 43 мм (в среднем $27 \pm 4,3$ мм). Во всех случаях применялась мощность 10 Вт. Линейная плотность энергии в расширенной зоне составляла от 83,3 до 142 Дж/см. Период наблюдения — от 68 до 340 дней (медиана 138 ± 37 дней). Пациенты осматривались в течение 1-й недели после процедуры, далее в сроки 2–6 мес.

Результаты. В данном исследовании оценивался результат технический — окклюзия вены, подвергнутой коагуляции, а также гемодинамический — наличие или отсутствие рефлюкса в случае остаточного просвета или реканализации. На 1-е сутки после ЭВЛК окклюзия была достигнута в 60 (89,5%) случаях. В 7 (10,5%) случаях оставался остаточный просвет в расширенном сегменте БПВ, однако на 7-е сутки этот просвет уже определялся только у 4 (6%) пациентов, 3 из которых была выполнена эхо-контролируемая сегментарная микропенная склеротерапия. В сроки до 6 мес у 3 (4,5%) пациентов сформировалась небольшая культя БПВ, длиной до 3–3,5 см, с резким уменьшением изначального диаметра (в среднем до 1,2 см). Во всех случаях патологический рефлюкс в культе не определялся. Также у 1 пациента через 3 мес после ЭВЛК появился сегмент по ходу коагулированной вены с ретроградным кровотоком. Этому пациенту также выполнена эхо-контролируемая микропенная склеротерапия с хорошим техническим результатом. Необходимости повторной ЭВЛК не возникло ни в одном случае.

Вывод. ЭВЛК 1470 нм с применением радиальных световодов высокоэффективна, в том числе и для вен крупного (более 2 см) диаметра, и позволяет добиться окклюзии коагулированного сегмента в 99,5% случаев на ранних сроках наблюдения. Потребность в повторном вмешательстве (эхо-контролируемой склеротерапии) возникает примерно в 4,5% случаев.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ КОРРЕКЦИИ НИЗКОГО ВЕНО-ВЕНОЗНОГО СБРОСА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Хитарьян А.Г., Гусарев Д.А., Велиев К.С., Хубиев С.Т.

Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования — оценка результатов коррекции низкого вено-венозного рефлюкса у больных с ХВН с использованием малоинвазивных методик; оценка значимости адекватной (необходимой) компрессии зоны перфоранта (АКЗП) у больных с ХВН и наличием низкого вено-венозного рефлюкса.

Материал и методы. В основу настоящего исследования включены 160 больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей С2–С6 по СЕАР, которым ликвидировано 430 несостоятельных перфорантных вен. В зависимости от способа ликвидации горизонтального рефлюкса, а также от использования послеоперационной компрессионной терапии больные распределены на три клинические группы. В 1-й группе коррекция горизонтального рефлюкса осуществлялась при помощи ЭВЛК (эндовенозная лазерная коагуляция), во 2-й и 3-й группах при помощи эхо-склеротерапии. В 1-й и 2-й клинической группе компрессия осуществлялась трикотажем 2-го класса, а у больных 3-й группы

осуществлялся индивидуальный подбор компрессионного трикотажа с учетом АКЗП (адекватная компрессия зоны перфоранта). Также производилось измерение морфогемодинамических характеристик перфоранта (скорость кровотока, диаметр).

Результаты. Проведенное исследование показало, что ЭВЛК перфорантных вен по сравнению с эхо-склеротерапией более эффективно. Однако рецидив рефлюкса по перфорантным венам с низкой и умеренной скоростью кровотока отмечался в 6–32% случаев соответственно против 62–80% с высокой скоростью, что, по-видимому, связано с вымыванием склерозанта из просвета вены. Также отметили, что на эффективность эхо-склеротерапии влияет диаметр перфоранта. Так, рецидивный патологический рефлюкс в перфорантах с малым диаметром развивался в 19% случаев, а при перфорантах с большим диаметром рецидив отмечался в 67% случаев.

Вывод. ЭВЛК является более надежным способом коррекции горизонтального низкого вено-венозного сброса по сравнению с эхо-склеротерапией. Результаты эхо-склеротерапии зависят от морфогемодинамических характеристик перфорантов, в частности от скоростных показателей и диаметра перфорантной вены. Индивидуальный подбор компрессионного трикотажа с учетом АКЗП позволяет улучшить результаты лечения эхо-склеротерапии.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕНООБЛИТЕРАЦИИ ЛАЗЕРАМИ 980 И 1470 НМ И РЧА

Хитарьян А.Г., Гусарев Д.А., Велиев К.С., Хубиев С.Т.

Ростов-на-Дону, Россия

На базе флебологического центра НУЗ «ДКБ на ст. Ростов-главный» нами проведено слепое рандомизированное сравнительное исследование эффективности и течения раннего послеоперационного периода после облитерации БПВ с диаметром СФС более 15 мм и диаметром ствола БПВ более 10 мм.

Для облитерации БПВ мы использовали лазеры DIOMAX с длиной волны 980 нм и biolitec с длиной волны 1470 нм. Третья методика, которую мы использовали, — это РЧА с технологией Closure FAST компании «Covidien». Всего в исследовании приняты участие 60 человек, которые были разделены на три клинические группы по 20 человек в каждой, рандомизация осуществлялась таким образом, чтобы у половины больных в каждой группе диаметр СФС составлял более 20 мм, а диаметр БПВ — более 15 мм. Все вмешательства проводились под стандартной тумесцентной анестезией с использованием одной из трех указанных технологий. Мощность лазерного воздействия как в 1-й группе, так и во 2-й группе составляла 15 Вт. При диаметре СФС более 20 мм и диаметре БПВ более 15 мм плотность подаваемой лазерной энергии выбирали путем уменьшения скорости тракции лазерного световода, ориентируясь на появление УЗ-признаков облитерации БПВ. В ряде случаев такой подход требовал уменьшения скорости тракции световода в приустьевой зоне до 1 мм за 3 с, что, согласно данным, показанным на мониторе лазера, соответствовало плотности энергии в 240 Дж. При выполнении РЧА иногда было необходимо выполнить до 6 стандартных циклов по 20 с. После выполнения процедуры назначали малые дозы НПВС, венотоники, круглосуточную эластическую компрессию трикотажем 2-го класса в течение недели. Все больные осматривались независимым врачом-флебологом, не имеющим информации о способе венооблитерации. После проведенной облитерации для оценки клинической тяжести заболевания через 2 и 4 нед использовали шкалу ВАШ. Оценка качества облитерации производилась также через 2 и 4 нед на основании результатов УЗ-сканирования. Осложнений у больных всех 3 групп не наблюдалось. В 1 случае после проведения РЧА при УЗИ-сканировании определялась необлитерированная БПВ. При облитерации сосудов диаметром более 20 мм существенной разницы между РЧА и лазером Ceralas с длиной волны 1470 нм не наблюдалось. Однако при проведении РЧА у данной категории больных требовалось проведение нескольких стандартных циклов на одном венозном сегменте, что увеличивало время оперативного