

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ, ПРОЯВИВШИХСЯ РАСШИРЕНИЕМ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН

*Кафедра кардиохирургии и кардиологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: grant.93@mail.ru*

В работе представлен анализ обследования 87 пациентов с рецидивом варикозной болезни после хирургического лечения, проявившимся в виде расширения перфорантных вен. Указанные пациенты после обследования были повторно нами прооперированы. В зависимости от примененного метода лечения пациенты были разделены на 3 группы. В I группе устранение рефлюкса по поверхностной бедренной вене (ПБВ) сочеталось с лигированием перфорантных вен. Во II группе лигирование перфорантных вен проводилось без устранения рефлюкса. В III группу вошли пациенты с состоятельным клапаном ПБВ, которым также проводилось лигирование перфорантных вен. Повторный рецидив заболевания в I группе отмечен у 9,1% (2), во II – у 66,7% (10) пациентов, а в III группе рецидив проявился у 37% (11) пациентов.

Ключевые слова: варикозная болезнь, несостоятельность клапана поверхностной бедренной вены, рецидив.

O. A. ALUKHANYAN, G. N. VANAYN, D. S. ARISTOV, Kh. G. MARTIROSYAN, E. A. PETROSYAN

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF RECURRENCE OF VARICOSE VEINS, MANIFESTED
EXPANSION OF PERFORATING VEINS

*Department of cardiac surgery and cardiology of the Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4. E-mail: grant.93@mai.ru*

The paper presents an analysis of a examination of 87 patients with relapse of varicose veins after surgery, manifested in the form of an extension of perforating veins. These patients after the examination were re-operated on us. Depending on the method used to treat the patients were divided into 3 groups. In group I, the elimination of reflux of superficial femoral vein combined with ligation of perforating veins. In group II perforating veins ligation was performed without eliminating reflux. In the III group included patients femoral vein-off valve, which also carried the ligation of perforating veins. Repeated relapse in group I was observed in 9.1% (2), the second was observed in 66.7% (10) of patients in the third group recurrence showed at 37% (11) patients.

Key words: varicose vein wall changes, deep veins insufficiency, recurrence.

Введение

Несмотря на кажущуюся простоту хирургического лечения, рецидив варикозной болезни является сложной проблемой в современной сосудистой хирургии: его частота варьирует от 5% до 70% [4]. Целый ряд авторов дискутирует на тему причин рецидива. Рассматриваются как наиболее частые, значимые причины его развития, так и наиболее редкие.

Чаще встречаются рецидивы из-за длинной культы большой и малой подкожных вен либо оставленных их стволов [5, 7]. Более редкой причиной считается неустранимый рефлюкс крови по ПБВ в результате несостоятельности ее клапана [1]. Указанная причина в структуре рецидива варикозной болезни составляет до 10% [6].

Однако удельный вес выполняемых реконструктивных операций по восстановлению замыкатель-

ной функции клапана бедренной вены невелик, что не приводит к снижению количества пациентов с рецидивом варикозной болезни [8]. При этом наиболее прогрессивной, физиологически обоснованной интравазальной методикой вальвулопластики владеют лишь отдельные клиники [1, 3].

Следует отметить, что одной из причин рецидива является прогрессирование заболевания, что чаще проявляется расширением перфорантов либо вен в ранее интактном бассейне: от 5% до 15% [2, 9]. Это требует кроме хирургического лечения длительной эластической компрессии и приема флеботоников под наблюдением сосудистого хирурга.

Учитывая изложенное, мы задались целью изучить результаты лечения больных с рецидивом, проявившимся в расширении перфорантов, для выработки оптимальной хирургической тактики.

Материалы и методы

В исследование включены 87 пациентов с рецидивом варикозной болезни с расширением перфорантных вен, проявившимся после удаления большой подкожной вены. Все пациенты относились к 2, 3-му клиническому классу по СЕАР. Мужчины составили 42,5% (37), женщины – 57,5% (50), средний возраст $45,7 \pm 2,3$ года.

Обследование пациентов включало осмотр, ультразвуковое триплексное сканирование (УЗТС) вен нижних конечностей и рентгеноконтрастную ретроградную бедренную флебографию. По результатам обследования выявлено, что значимую долю в выборке занимали пациенты с рефлюксом по бедренной вене – 48,2% (42). Остальные 51,8% (45) пациентов без рефлюкса крови по бедренной вене имели изолированную несостоятельность перфорантных вен.

В зависимости от использованного метода лечения мы разделили пациентов на 3 группы. В I группе у 27,5% (24) пациентов проводилось лигирование перфорантных вен с устранением рефлюкса по бедренной вене путем микрохирургической реконструкции (МХР) ее клапана. Во II группе в 20,7% (18) случаев лигирование перфорантных вен проводилось без устранения рефлюкса. В III группу вошли 51,8% (45) пациентов без рефлюкса крови и с состоятельным клапаном бедренной вены, которым также проводилось лигирование перфорантных вен, дополненное при необходимости удалением расширенных притоков большой подкожной вены по Нарату и/или посредством мини-флебэктомии. Распределение пациентов по группам представлено в таблице.

Результаты

В ближайшем послеоперационном периоде (до 6 месяцев) расширенные перфорантные вены не наблюдались у всех больных. У пациентов I и III групп симптомы хронической венозной недостаточности были купированы, а во II группе сохранились клинически в виде отеков и круралгий.

Отдаленные результаты (от 6 месяцев до 6 лет) оценивались клинически и повторным

УЗТС. Из 22 обследованных пациентов I группы на УЗТС выявлена состоятельность клапана ПБВ у 21 (95,5%), рефлюкс крови по ПБВ выявлен у 1 (4,5%) пациента. Повторный рецидив варикозной болезни в виде расширенных перфорантных вен наблюдался у 2 (9,1%) пациентов, включая больного с рефлюксом крови по ПБВ.

Во II группе из обследованных 15 пациентов по данным УЗТС рефлюкс крови по бедренной вене сохранялся у всех пациентов. Повторный рецидив отмечен у 10 (66,7%) пациентов, у 3 выражался в расширении ранее интактной малой подкожной вены и у 7 – в расширении перфорантных вен. У всех больных в данной группе прогрессировали явления венозной недостаточности (отеки к концу дня, судороги, круралгия), появились начальные признаки трофических нарушений мягких тканей.

В III группе обследовано 39 больных: при УЗТС у 28 (62,8%) отсутствовали признаки несостоятельности перфорантных вен, у остальных 11 (37,2%) выявлены единичные расширенные перфорантные вены. Пациентов с рефлюксом по бедренной вене не выявлено.

Обсуждение

Пациенты с рецидивом варикозной болезни в виде расширения перфорантных вен требуют внимательного обследования и адекватного выбора метода хирургического лечения. Поскольку у 48,2% пациентов несостоятельность перфорантных вен сопровождается рефлюксом крови по бедренной вене, необходимо прицельное исследование функции ее клапана с помощью УЗТС и рентгеноконтрастной ретроградной флебографии с целью возможной хирургической коррекции. Пренебрежение этим фактором может привести к прогрессированию симптомов хронической венозной недостаточности вплоть до трофических нарушений мягких тканей нижней конечности, как у пациентов II группы.

Особого внимания также заслуживают 28,2% (11) больных с рецидивом, обусловленным

Распределение пациентов по группам

№ группы	Количество пациентов	Характеристика поражения	Выполненные операции
I группа	27,5% (24)	Расширенные перфорантные вены + рефлюкс в ПБВ	МХР + лигирование перфорантных вен
II группа	20,7 (18)	Расширенные перфорантные вены + рефлюкс в ПБВ	Лигирование перфорантных вен без МХР
III группа	51,8 (45)	Расширенные перфорантные вены, рефлюкса в ПБВ нет	Лигирование перфорантных вен

прогрессированием заболевания, в III группе. Относительно всего числа наблюдаемых пациентов доля указанных пациентов составляла 12,6% (11 человек). Подобные пациенты требуют постоянной эластической компрессии и приема флеботоников.

Таким образом, повторный рецидив в виде несостоятельности перфорантных вен в результате прогрессирования варикозной болезни выявлен у 12,6% пациентов.

У половины пациентов с повторным рецидивом варикозной болезни несостоятельность перфорантных вен была обусловлена неустранимым рефлюксом крови по ПБВ.

Во избежание повторного рецидива варикозной болезни и прогрессирования симптомов хронической венозной недостаточности необходимо проведение МХР клапана ПБВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ивченко А. О., Вишняков И. А., Савельев М. О., Демидов С. В., Ушаков Б. С., Проскоков И. А., Ивченко О. А.* Сравнительная характеристика методов ликвидации рефлюкса крови по глубокой венозной системе нижних конечностей. Материалы XXVIII Международной конференции Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов // Ангиология и сосудистая хирургия. – Том 19, 2/2013. – С. 136–137.

2. *Кириенко А. И., Кошкин В. М., Богачева В. Ю.* Характер перфорантной недостаточности у больных с декомпенсированными формами варикозной болезни вен нижних конечностей // Амбулаторная ангиология: Руководство для врачей. – М.: Литтерра, 2007. – С. 10–15.

3. *Клышников К. Ю.* Этапы развития хирургического лечения недостаточности венозных клапанов нижних конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия. – Том 20, 1/2014. – С. 109–115.

4. *Прядко С. И., Шαιοва З. С.* Диагностические критерии при рецидивах варикозной болезни нижних конечностей // Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. – Т. 8. № 6, ноябрь-декабрь 2007. – С. 138.

5. *Хрыщанович В. Я., Третьяк С. И., Романович А. В.* Причины, профилактика и хирургическое лечение рецидива варикозной болезни. Белорусский государственный медицинский университет. – Минск: Беларусь, 2005. – С. 23-27.

6. *Худашов В. Г., Сафонов В. А., Ганичев А. Ф., Яковлев Д. О.* Рецидивы варикозной болезни нижних конечностей и их хирургическое лечение: Материалы 19-й международной конференции, г. Краснодар // Ангиология и сосудистая хирургия. – Т. 15, 2/2008. – С. 335–336.

7. *Швальб А. П., Швальб П. Г., Грязнов С. В.* Предикторы рецидива варикозной болезни вен нижних конечностей: Материалы XXIX международной конференции Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов // Ангиология и сосудистая хирургия. – Том 20, 2/2014. – С. 377–378.

8. *Rosales A., Slagsvold C. E., Kroese A. J., Strandén E.* External venous valve plasty (EVVP) in patient with primary chronic venous insufficiency // European j. vascular endovascular surgery. – 2006. – Vol. 32. № 5. – P. 570–576.

9. *Ting A. C., Cheng S. W., Wu L. L., Cheng G. C.* Changes in venous hemodynamics after superficial vein surgery for mixed superficial and deep venous insufficiency // World j. surg. – 2001. – № 25. – P. 122–125.

Поступила 21.09.2015

О. В. АСТАФЬЕВА, М. А. АСРИЯНЦ

ОСОБЕННОСТИ МИОМЕТРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ НА СРОКЕ С 7-Й ПО 10-Ю НЕДЕЛЮ С ТРОМБОФИЛИЕЙ СЛОЖНОГО ГЕНЕЗА

Кафедра лучевой диагностики

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

тел. 8-928-03-66-66-4. E-mail: mariya.asriyants@gmail.com

Проведено ультразвуковое исследование беременных на сроке с 7-й по 10-ю неделю. Выделено 2 типа миометрального кровотока у беременных на сроке с 7-й по 10-ю неделю. Проанализировано течение беременностей до конца первого триместра. Показаны высокая специфичность и чувствительность доплерометрического исследования миометрального кровотока и предложено использовать данный метод для прогнозирования самопроизвольного выкидыша и замершей беременности в первом триместре.

Ключевые слова: маточные артерии, невынашивание, тромбоз, доплерометрия.

О. В. АСТАФЬЕВА, М. А. АСРИЯНЦ

DOPPLER VELOMETRY FLOW MIOMETRY ESPECIALLY IN PREGNANT WOMEN IN THE PERIOD FROM THE 7 TH TO THE 10 TH WEEK OF GESTATION WITH THROMBOPHILIA COMPLEX ORIGIN