

Н. М. РЗАЕВ, Н. М. ХАНАЛИЕВ, Д. А. АЛЕКПЕРОВ

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД ФЛЕБОГРАФИИ ПРИ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИОННЫХ ВЕН

Посттромбофлебитический синдром является одним из частых и тяжелых осложнений тромбофлебитов и флеботромбозов глубоких вен в бассейне нижней поллой вены, часто развивающимся в результате неправильно проведенного консервативного лечения.

Посттромбофлебитический синдром* чаще всего наблюдается после тромбофлебита или флеботромбоза подколенной вены и бедренно-подвздошного колллектора. Основные клинические признаки заболевания, за исключением отечности, которая иногда охватывает бедро и голень, проявляются в голени вследствие клапанной недостаточности коммуникационных вен. Поэтому патология коммуникационных вен и их клапанов является одним из основных факторов в патогенезе посттромбофлебитического синдрома.

Не все коммуникационные вены одновременно подвергаются патологическому изменению. В первую очередь и чаще всего поражаются вены, расположенные на уровне нижней и средней трети голени. Так как точное определение локализации недееспособных коммуникационных вен имеет важное значение для установления диагноза и выработки тактики хирургического лечения больных с посттромбофлебитическим синдромом, необходимы новые, более совершенные методы контрастного исследования вен. Топическая диагностика коммуникационных вен представляет значительные трудности. Существующие клинические и функциональные методы исследования (пробы Тренделенбурга-Троянова, Претта—II, определение венозного давления, скорости венозного кровотока) не всегда позволяют точно определить, какие группы коммуникационных вен имеют клапанную недостаточность. Выяснить это можно только с помощью контрастного исследования сосудов.

Флебокинематография или функциональная венография, которые позволяют при помощи специально сконструированных рентгенаппаратов с электроннооптическими преобразователями в вертикальном положении производить венографию и уловить рефлюкс контрастных веществ из глубоких вен в поверхностные через недееспособные коммуникационные вены, по ряду причин пока не являются достоянием всех лечебных учреждений.

Мы применили новый, простой, модифицированный (Ханалиев Н. М.) метод венографии, который позволяет на обычном рентгеновском аппа-

* Различаются «голенный» и «бедренный» типы посттромбофлебитического синдрома.

рате АД-2 без сериографа определить топику коммуникационных вен с клапанной недостаточностью. Такое исследование не требует специального приспособления и выполнимо в любом лечебном учреждении.

Предпосылкой для нашей модификации явилось высказывание Р. С. Шермана (1949) о том, что на внутренней поверхности голени имеются три группы коммуникационных вен более или менее постоянной локализации, которые нередко являются причиной незаживающих язв. Первая из них расположена над внутренней лодыжкой на расстоянии 13,5 см, вторая—18,5 см, третья—24 см от подошвенной поверхности стопы.

Методика. После клинического обследования и определения индивидуальной чувствительности к йодистым препаратам, больной укладывается на рентген-стол. После обработки и анестезии кожи, введения раствора новокаина внутривенно или внутрикостно накладываются три эластичных жгута. Первый жгут накладывается тут же над лодыжками с целью прекращения оттока крови по поверхностным венам стопы и поступления контрастного вещества из глубоких в поверхностные вены через множество прямых бесклапанных анастомозов. Второй и третий жгуты накладываются на уровне нижней и средней трети голени с целью разъединения отдельных групп коммуникационных вен.



Рис. 1. Наложены венозные жгуты на нижнюю, среднюю и верхнюю треть голени.

После этого вводится контрастное вещество (диодон или кардиотраст) в два приема в одну из поверхностных вен стопы, против тока крови, или внутрикостно (часто в пяточную кость, изредка—в лодыжку). На первый прием берется 20 мл контрастного вещества. После введения 15 мл включается аппарат и тут же, в конце введения первого приема контраста, снимается голень. После этого накладывается кассета длиной 80 см, охватывающая голень и бедро, вводится вторая порция (40 мл) контрастного

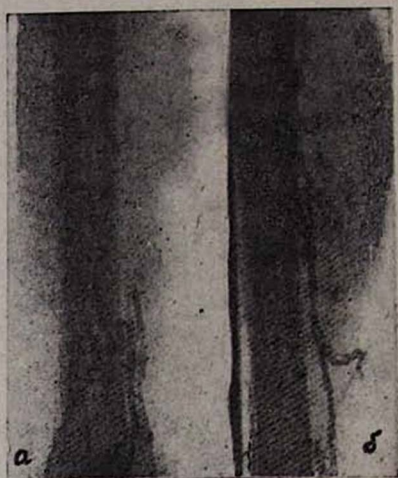


Рис. 2. а) Венография со жгутом—виден рефлюкс контрастного вещества через недееспособные коммуникационные вены I и II групп; б) венография того же больного, произведенная без жгута—заполнены и глубокие и поверхностные вены.

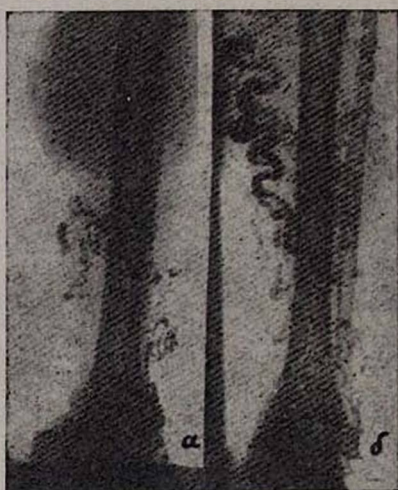


Рис. 3. а) Венография со жгутом—выявляется недостаточность коммуникационных вен I и II групп; б) венография без жгута того же больного—заполнены поверхностные и глубокие вены.

вещества и опять снимается голень и бедро. Получают рентгенологическое изображение глубоких и отдельных групп коммуникационных вен с клапанной недостаточностью.

При флебографии, производимой без жгута, заполняются и глубокие, и поверхностные, и коммуникационные вены, что в определенной степени затрудняет расшифровку и не дает возможности точно определить, каким путем контрастное вещество, введенное внутрикостно или внутривенно, ретроградно попадает в поверхностные вены.

Существуют различные варианты сообщения глубоких и поверхностных вен:

1. Если венография производится без жгута, контрастное вещество через бесклапан-

ные коммуникационные вены стопы и окололодыжечные, вены переходят в поверхностные вены, заполняет их и коммуникационные вены по направлению венозного кровотока, поэтому мы считаем целесообразным первый жгут накладывать над лодыжками.

2. Контрастное вещество может через одну из групп недееспособных коммуникационных вен перейти в поверхностную венозную систему и заполнить остальные коммуникационные и венозные сосуды выше и ниже места рефлюкса—вследствие клапанной недостаточности венозных сосудов. Последнее встречается почти у всех больных постфлебитическим синдромом в суб- и декомпенсированной форме. У этих групп больных наблюдается также вторичное расширение подкожных вен с относительной клапанной недостаточностью. Поэтому второй и третий венозные жгуты накладывают соответственно на границах нижней и средней трети, а также средней и верхней трети голени.

В этих случаях контрастное вещество, переходящее из глубоких вен в поверхностные, остается в сегменте между жгутами и позволяет уточнить, из какой группы коммуникационных вен произошел рефлюкс. По данной методике нами произведено 87 флебографий при варикозном расширении вен и постфлебитическом синдроме.

Как видно из рис. 2 и 3, при венографии без жгута (2б и 3б) одновременно заполняются и поверхностные и глубокие вены. По этим венограммам невозможно определить место рефлюкса контрастного вещества из глубоких вен. Ибо эта картина может получиться при недостаточности любой из трех групп коммуникационных вен в отдельности или в сочетании с другими.

При венографии со жгутом (2а и 3а) отчетливо выявляется недостаточность коммуникационных вен I и II групп. Из 67 флебографий в 37 контрастное вещество было введено в одну из поверхностных вен, а у 30 флебография произведена путем внутривенного введения.

Применение нашего модифицированного метода венографии позволяет в каждом случае установить точную локализацию недееспособных коммуникационных вен и получить определенное представление об анатомическом (функциональном) состоянии глубоких вен нижних конечностей.

НИИ клинической и экспериментальной
медицины МЗ Азерб. ССР

Поступило 10/X 1969 г.

У. У. АЗАРОВ, У. У. ХАНАЛИЕВ, Д. А. АЛЕКПЕРОВ

ՖԼԵԲՈԳՐԱՖԻԱՅԻ ՄՈԴԻՖԻԿԱՑՎԱԾ ՄԵԹՈԴԸ ԱՆԿԱՐՈՂ ՀԱՂՈՐԴԱԿՑԱԿԱՆ
ԲՐԱՎԵՆՐԻ ՏՈՊԻԿԱԿԱՆ ԴԻԱԳՆՈՍՏԻԿԱՅԻ ԴԵՊԳՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ո ւ մ

Հեղինակների կողմից առաջարկվող ֆլեբոգրաֆիայի մոդիֆիկացված մեթոդը թույլ է տալիս սովորական ռենտգենյան ապարատով, առանց սերիոգրաֆի, որոշելու փականային անբավարարության հաղորդակցական երակների տարիկան:

N. M. RZAEV, N. M. KHANALIEV, D. A. ALEKPEROV

A MODIFIED METHOD OF PHLEBOGRAPHY IN TOPICAL DIAGNOSIS OF DAMAGED COMMUNICATION VEINS

S u m m a r y

The modified method of phlebography suggested by the authors allows topical diagnosis of communication veins with insufficient valves, using a conventional roentgen unit without a seriography.