



КЛИНИКА СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ

Радиочастотная абляция перфорантных вен

*Дробязго С. В. , Румянцев А. Ю. , Волошкин А. Н., Калачев И. И.
Москва, 2014 год*

Несостоятельные перфорантные вены

Трофические изменения кожи и подкожной жировой клетчатки встречаются 20% - 50% больных

Савельев В.С. и соавт., 1972; Константинова Г.Д. и соавт., 1978
Савельев В.С., 1996; Кириенко А.И. и соавт., 2000

Рефлюкс по перфорантам выявляется у 60-70% пациентов с С4-6 (СЕАР)

Myers KA, Ziegenbein RW, Zeng GH, et al. Duplex ultrasonography scanning for chronic venous disease: patterns of venous reflux. J Vasc Surg. 1995;21:605-612.

Несостоятельные перфорантные вены - одна из наиболее частых причин рецидива варикозной болезни

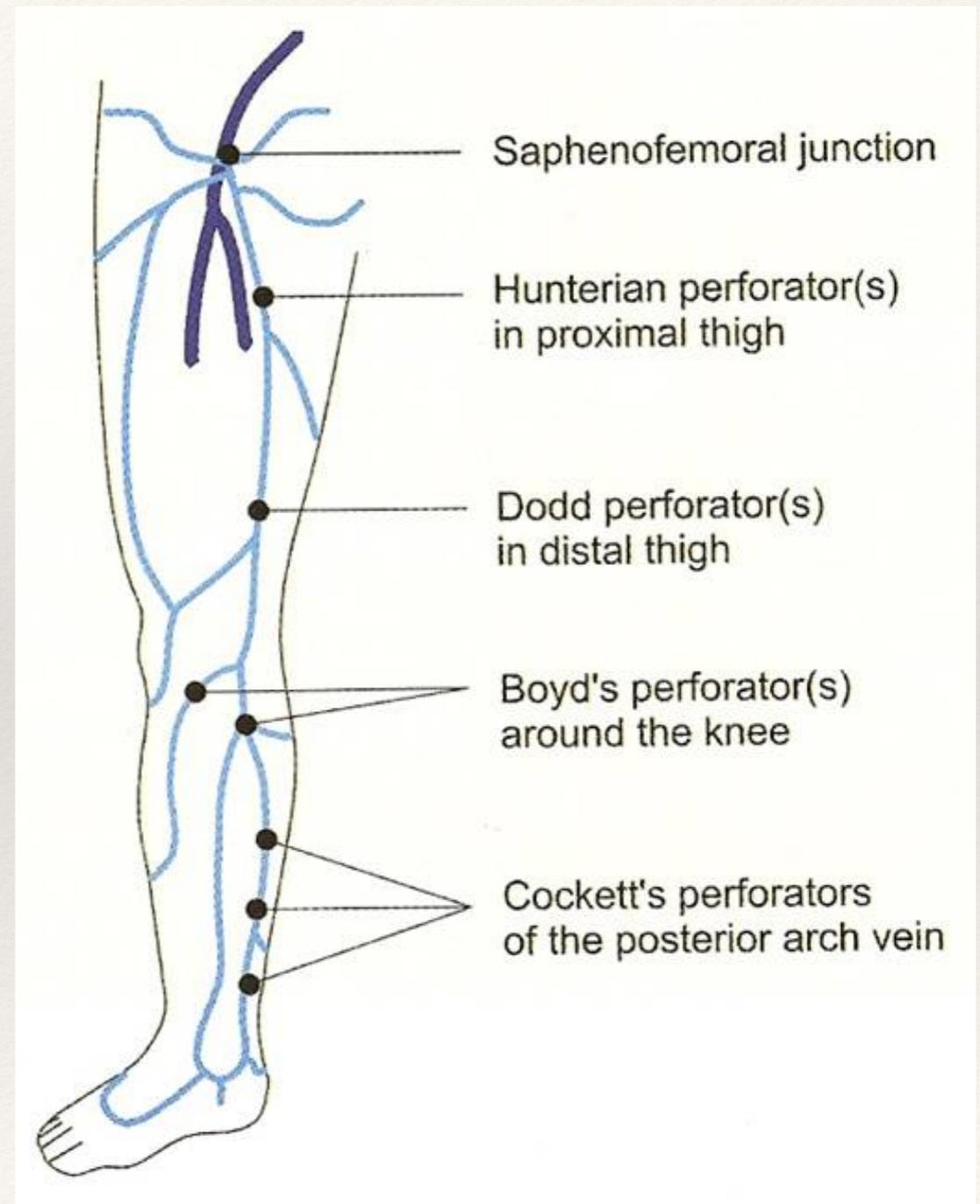
Eur J Vasc Endovasc Surg. 2001 May;21(5):458-60.
Incompetent perforating veins are associated with recurrent varicose veins.
Rutherford EE1, Kianifard B, Cook SJ, Holdstock JM, Whiteley MS.

Ликвидация горизонтального рефлюкса позволяет улучшить результаты лечения у данной категории больных

Cockett F. The pathology and treatment of venous ulcers of the leg. Br J Surg. 1955;43:260-278.

Gloviczki P, Bergan JJ, Rhodes JM, et al. Mid-term results of endoscopic perforator vein interruption for chronic venous insufficiency: lessons learned from the North American subfascial endoscopic perforator surgery registry. The North American Study Group. J Vasc Surg. 1999;29:489-502.

Pierik EG, van Urk H, Wittens CH. Efficacy of subfascial endoscopy in eradicating perforating veins of the lower leg and its relation with venous ulcer healing. J Vasc Surg. 1997;26:255-259.



SEPS - эндоскопическая диссекция перфорантных вен



Hauer G. Endoscopic subfascial dissection of perforating veins—preliminary report {In German}. *Vasa* 1985; 14: 59–61.



VNUS Closure RFS stylet

Склерозирование под УЗИ контролем

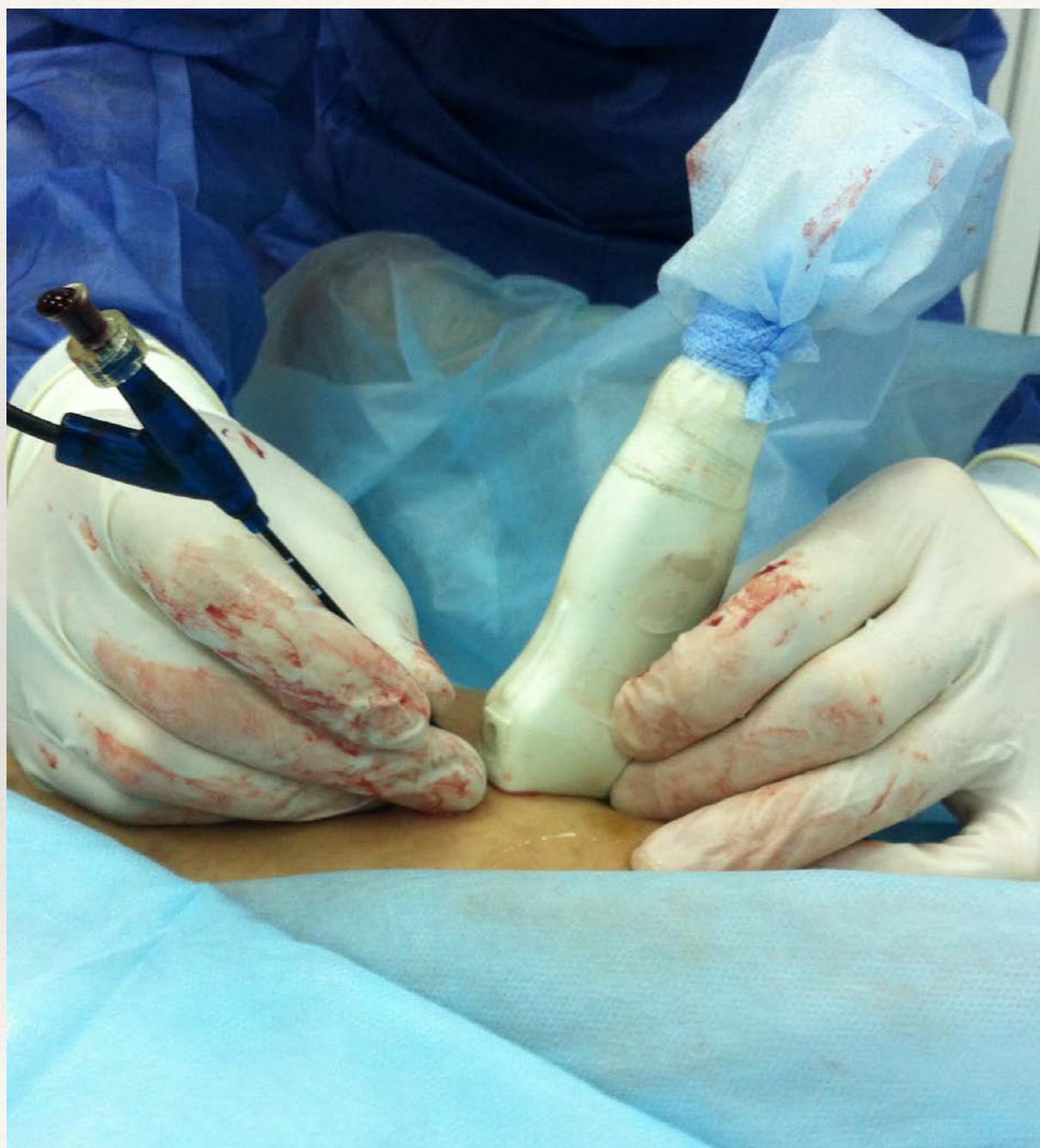
Covidien Closure RFS



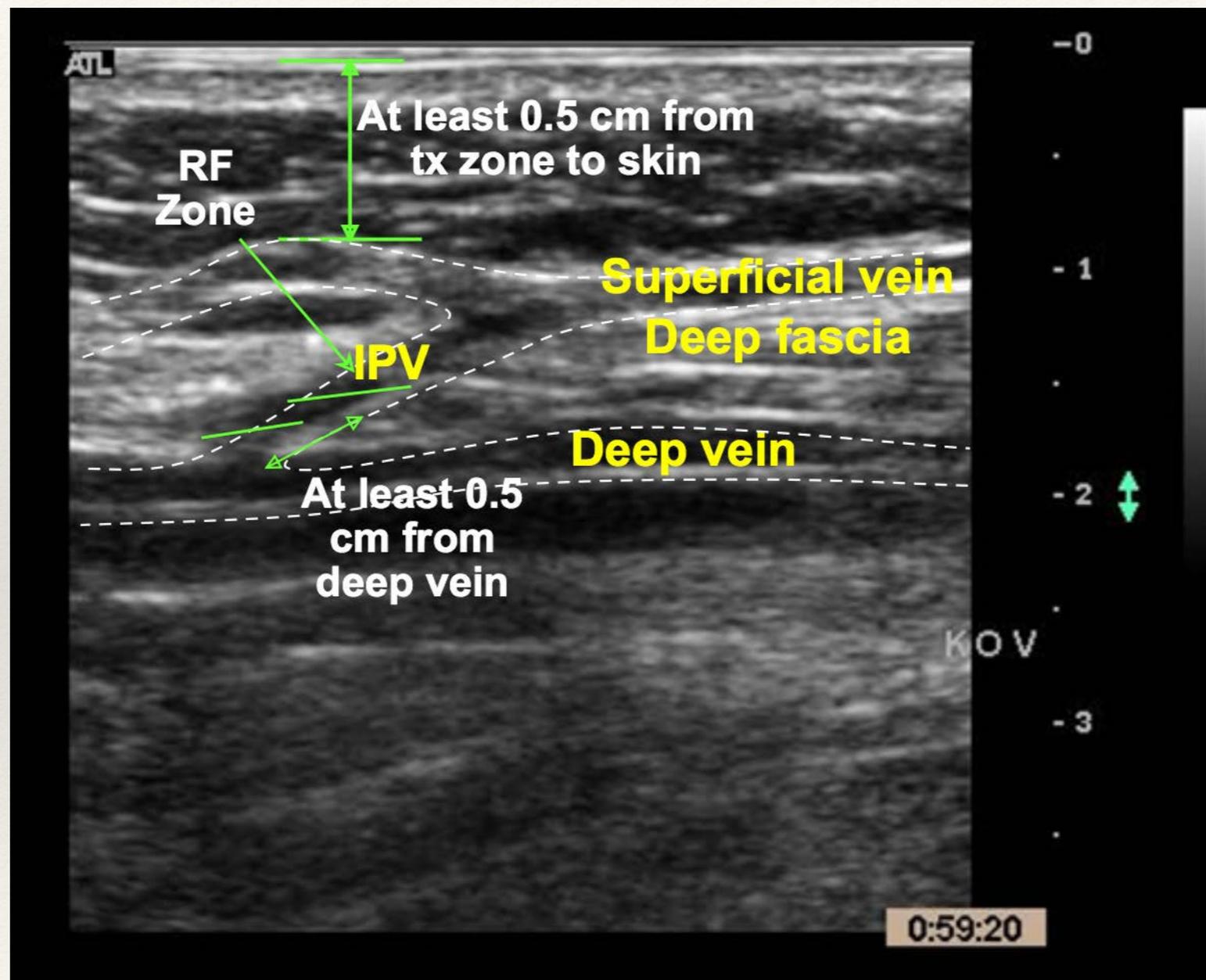
Техника радиочастотной облитерации перфорантной вены



Критерии правильного положения катетера



Идеальная зона воздействия



В 2013-2014 годах прооперировано 935
пациентов, выполнено 1286 стволowych РЧА



VNUS Closure
RFS

Склерозирование
под УЗИ контроле
контролем
(1-1,5% STS)

Кол-во пациентов

98

138

Кол-во перфорантных вен

176

206

Возраст

56 +/- 6 лет

CEAP

C4 - 6

Показания

При не устраненном вертикальном рефлюксе :

- Косой перфорант более 4 мм с рефлюксом (n=97, 45%)
- Прямой перфорант более 3,5 мм рефлюксом (n=31, 14%)
- Перфорант с рефлюксом в зоне трофической язвы или липодерматосклероза (n=45, 21%)
- Перфорант является источником стволового рефлюкса (n=15, 7%)

При устраненном вертикальном рефлюксе:

- Несостоятельный перфорант спустя 4-6 месяцев после устранения вертикального рефлюкса (n=28, 13%)

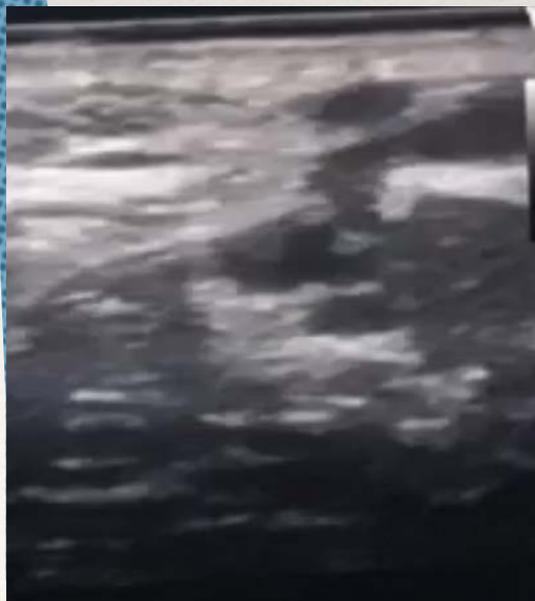
Результаты

- У всех пациентов был достигнут положительный результат лечения в виде регресса клинических проявлений венозной недостаточности, эпителизации трофических язв
- Продолжительность периода нетрудоспособности была наименьшей в подгруппе пациентов, которым абляция перфорантных вен была выполнена одномоментно с ликвидацией стволового рефлюкса ($p < 0,05$)
- В группе радиочастотной абляции тромбоэмболических, инфекционных и прочих осложнений получено не было
- В группе склеротерапии у 4 пациентов (3,2%) были зафиксированы локальные тромбозы суральных вен в зоне впадения перфоранта ($p < 0,05$)

Сроки наблюдения: 12 ± 2 месяца



Пациентка С, 56 лет. Варикозная болезнь около 20 лет.
Трофические изменения появились около 6 лет
Трофические язвы появились 3 года назад





РЧО VNUS Closure Fast ствола
большой подкожной вены



РЧО 3-х перфорантных вен голени
(VNUS Closure RFS stylet)



Многослойный эластический бондаж



через месяц

