

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ВИТЕБСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ БЕЛОРУССКОЕ
ОБЩЕСТВО АНГИОЛОГОВ И СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ АССОЦИАЦИЯ
ФЛЕБОЛОГОВ РОССИИ**

**МАТЕРИАЛЫ
Международного Конгресса «Славянский
венозный форум»**

28-29 мая 2015 г. г. Витебск

ВИТЕБСК, 2015 г.

УДК 616.14(063)
ББК 54.102.3я43
С 47

Редколлегия:

Янушко Вячеслав Алексеевич — главный редактор, д.м.н., профессор, Республика Беларусь Кириенко
Александр Иванович — заместитель паевого редактора.

Российская Федерация.

Чернуха Лариса Михайловна - заместитель главного редактора, д.м.н., профессор. Украина.

Сушков Сергей Альбертович — ответственный секретарь. к.м.н., доцент. Республика Беларусь.

Золотухин Игорь Анатольевич - д.м.н. . профессор.

Российская Федерация.

Небылицин Юрий Станиславович - к.м.н.. доцент,

Республика Беларусь.

Русин Василий Иванович - д.м.н., профессор, Украина.

Шайдаков Евгений Владимирович - д.м.н., профессор, Российская Федерация.

С 47 Материалы Международного Конгресса «Славянский венозный форум» 28-29 мая 2015 г., г. Витебск. — Витебск: ВГМУ, 2015. – 238 с.

ISBN 978-985-466-797-3

В сборнике представлены фундаментальные и прикладные работы специалистов из Беларуси, России, Украины и других стран СНГ, посвященные актуальным проблемам диагностики и лечения патологии венозных сосудов. Представленные материалы существенно расширяют представления о современных инновационных технологиях, перспективных для применения в данном разделе сосудистой хирургии.

УДК 616.14(063)

ББК 54.102.3я43

ISBN 978-985-466-797-3

© УО «Витебский

ДИСПЛАЗИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ: РОЛЬ ВОСХОДЯЩИХ ПОЯСНИЧНЫХ ВЕН В КОМПЕНСАТОРНОМ ОТТОКЕ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Изучение вариантной анатомии венозных сосудов, играющих ведущую роль в процессе формирования коллатерального кровотока, имеет важное теоретическое и практическое значение. Наиболее частой причиной нарушения проходимости нижней полой вены (НПВ) является тромбоз либо сдавление ее опухолью. Среди других, более редко встречающихся причин, возможны дисплазии НПВ (аплазия либо гипоплазия), коагулопатии, дегидратация, сепсис, травмы, иммобилизация и другие.

Дисплазия НПВ - врожденное нарушение развития, проявляющееся отсутствием ствола данной венозной магистрали (аплазия) либо его недоразвитием (гипоплазия). Гипо- и аплазии НПВ могут длительно протекать бессимптомно, представляя значительную сложность в диагностике. Как правило, их первым проявлением становится тромбоз глубоких вен нижних конечностей, часто илиофemorальной локализации. Более чем у половины пациентов данная патология диагностируется лишь на стадии выраженных трофических нарушений. Из-за развития у таких пациентов хронической венозной недостаточности проблема дисплазий НПВ приобретает особую актуальность.

Цель. Изучить топографию перераспределения кровотока и участие восходящих поясничных вен (ВсПВ) в коллатеральном оттоке в зависимости от уровня и протяженности дисплазии НПВ.

Материал и методы. Изучены данные спиральной компьютерной томографии с контрастным усилением (СКТ-ангиографии) пациентов с непроходимостью НПВ вследствие ее гипо- либо аплазии (24 случая), а также тромбозом инфра- ренального отдела НПВ после имплантации ка- ва-фильтра (4 случая). При гипо- или аплазии инфраренального отдела НПВ число пациентов составило 7 человек (26,1%), гипо- или аплазии супраренального отдела - 5 (21,7%), гипоплазии ретропеченочного отдела - 4 (8,7%), субтотальной и тотальной аплазии НПВ — 8 (13,1%). Сканирование проводили на спиральном компьютерном томографе “HiSpeedCT/P” фирмы “GeneralElectric” (США). Статистическую обработку данных осуществляли с использованием пакета статистических программ «Statistica» 10. С учетом результатов проверки на нормальность распределения использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Различия считали значимыми при $p < 0,05$. Данные представлены в виде $M \pm s$.

Результаты и обсуждение. Анализируя данные СКТ-ангиографии пациентов с окклюзией НПВ, обнаружено увеличение диаметра системы непарной-полунопарной вен, выраженность которого отличалась в зависимости от места нарушения оттока. При нарушении проходимости ретропеченочного отдела НПВ регистрировалось минимальное увеличение диаметра ВсПВ, в среднем $5,5 \pm 0,4$ мм справа, и $5,2 \pm 0,3$ мм слева. При такой локализации обструкции коллатеральный ток крови осуществлялся по анастомозам, сформировавшимся между главными и добавочными печеночными венами, вливающимися в ретропеченочный отдел НПВ проксимальнее и дистальнее места окклюзии.

При непроходимости инфраренального отдела НПВ, в сравнении с окклюзией ретропеченочного отдела этой магистрали, регистрировалось более выраженное расширение ВсПВ. Так средний диаметр правой ВсПВ составил $8,1 \pm 0,5$ мм, левой — $6,2 \pm 0,4$ мм. Кроме того, регистрировалась также дилатация левой яичковой и левой почечной вен, размеры которых соответствовали, в среднем, для левой яичковой вены $16,2 \pm 0,4$ мм, для левой почечной вены $16,3 \pm 0,3$ мм. Такое значительное увеличение левой почечной вены при инфраренальной окклюзии обусловлено тем, что она принимала в себя левую яичковую вену, а также периуретеральные, капсулярные, поясничные и нижнюю надпочечниковую вены. Перечисленные коллатерали в области ворот почки образовывали многочисленные венозные анастомозы. Таким образом, связь левой почечной вены и поясничных вен, посредством коммуникантных вен с системой непарной—полунопарной вен (дуга Лежара), является довольно серьезным вкладом в отток крови по левой стороне забрюшинного пространства.

Обструкция супраренального отдела НПВ также сопровождалась расширением ВсПВ, выраженным в большей степени, чем при окклюзии в ретропеченочном и инфраренальном отделах. При этом отчетливо прослеживалась достоверная разница в диаметре ВсПВ с разных сторон: справа эта вена имела больший диаметр, чем слева (ср. $12,8 \pm 1,4$ мм и $8,9 \pm 0,7$ мм соответственно), $p < 0,05$. Кроме того, у пациентов с окклюзией на этом уровне регистрировалось увеличение вен позвоночного сплетения, подвздошно-поясничных вен, вен переднебоковой стенки живота (до

$4-9$ мм в диаметре), которые служили дополнительными путями коллатерального оттока.

При тотальной и субтотальной аплазии НПВ регистрировалось наиболее значительное увеличение размеров ВсПВ. При этом диаметр этой вены справа достигал $10,4-17,6$ мм (ср. $13,1 \pm 1,6$), слева - $4,8-15,0$ мм (ср. $9,4 \pm 0,8$). Разница в диаметрах ВсПВ справа и слева была достоверной ($p < 0,05$). ВсПВ принимали в себя правую и левую почечные вены, при этом последняя иногда предварительно сливалась с левой яичковой веной с образованием общего ствола.

Выводы. 1. Дисплазия НПВ приводит к формированию коллатерального кровотока по системам вен в забрюшинном пространстве, обуславливающего клинически компенсированную либо декомпенсированную форму течения данной патологии. 2. В забрюшинном пространстве, в зависимости от локализации окклюзии НПВ, можно выделить 2 варианта основных коллатеральных путей: 1 — с главенствующей ролью ВсПВ у пациентов с окклюзией супраренального отдела, тотальной и субтотальной аплазией НПВ, и 2 - когда основными путями коллатерального оттока являются левая гонадно-почечная венозная система наряду с ВсПВ при окклюзии инфраренального отдела НПВ.