

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Ставер Е.В., Потапов М.П.

Ярославская государственная медицинская академия, кафедра хирургических болезней педиатрического факультета, г. Ярославль .150000. ул. Революционная, д. 5.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в раннем выявлении и адекватном лечении варикозной болезни, сохраняется высокий уровень рецидива заболевания после оперативных вмешательств – 15 до 70% от числа оперированных больных. Рецидивы варикозной болезни вен нижних конечностей нередко приводят к прогрессированию хронической венозной недостаточности, крайним проявлением которой является венозная трофическая язва голени. Предлагаемые способы лечения рецидива варикозной болезни характеризуются многообразием приемов и не всегда учитывают современные достижения во флебологии, а результаты оставляют желать лучшего. Анализ причин развития рецидива варикозной болезни вен нижних конечностей дает повод разрабатывать подходы к лечению рецидива варикозной болезни с использованием современных методик диагностики и лечения.

Ключевые слова: варикозная болезнь, рецидив, рефлюкс, ЭВЛК, минифлебэктомия, склеротерапия, хроническая венозная недостаточность, REVAS, CEAP.

В России различными формами варикозной болезни вен нижних конечностей страдают более 30 млн. человек [1], у 15% из которых имеются трофические расстройства кожных покровов конечностей. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в раннем выявлении и адекватном лечении варикозной болезни, по данным литературы сохраняется высокий уровень рецидива заболевания после оперативных вмешательств – 15 до 70% от числа оперированных больных [1,2]. По мнению большинства авторов, причинами рецидива варикозной болезни являются дефекты диагностики и хирургического лечения, а также дальнейшее прогрессирование заболевания [3,4,5,6]. К сожалению, даже адекватно выполненная операция не всегда приводит к стойкому излечению. Рецидивы варикозной болезни вен нижних конечностей нередко приводят к прогрессированию хронической венозной недостаточности, крайним проявлением которой является венозная трофическая язва голени. Предлагаемые способы лечения рецидива варикозной болезни характеризуются многообразием приемов и не всегда учитывают современные достижения во флебологии, что затрудняет понимание тактики лечения с точки зрения систематизации и стандартизации различных ее методов, а результаты оставляют желать лучшего. Это дает повод разрабатывать подходы к лечению рецидива варикозной болезни с использованием современных методик диагностики и лечения [7].

Цель исследования: анализ причин рецидива варикозной болезни вен нижних конечностей.

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 523 пациентов (784 нижних конечностей) с ВБНК за период 2005-2009 гг., средний возраст которых составил 46±10,7 лет. Соотношение мужчин и женщин было соответственно 41 и 59%. С учетом международной классификации CEAP пациенты до проведения первичного лечения распределились следующим образом: C₂-59%, C₃-23%, C₄-13%, C₅-2%, C₆-3%; E_p-100%; A_s: GSV-94%, LSV-10%; P_r-100%. В первичном лечении больных применялись хирургические методы, склеротерапия, ЭВЛК или сочетание этих методов в зависимости от клинической ситуации. Объем операции определялся гемодинамическими изменениями (протяженность несостоятельного сегмента).

Дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей проводилось на ультразвуковом аппарате Philips EnVisor с линейным датчиком 7,5-10 МГц. Использовались следующие режимы: В-режим (включая адаптивный колорайзинг), цветное доплеровское картирование (ЦДК), энергетическое доплеровское картирование (ЭДК), панорамное сканирование, 3D и 4D, режим трехмерной реконструкции кровотока (сосудистого рисунка). Всем пациентам, вне зависимости от обследования на до госпитальном этапе, повторно выполнялось ультразвуковое исследование вен ног. В том числе хирургами, которым предстояло лечить этих пациентов. При этом в 8% наблюдений выявлялись различия по результатам исследования носившие значимый характер и влияющие на выбор метода и тактики лечения.

Результаты и обсуждение:

Под рецидивом варикозной болезни вен нижних конечностей (РВБНК) мы понимаем развитие варикозного расширения вен на конечности, ранее оперированной по поводу данной патологии. Это *клиническое* определение было взято из согласительной конференции по данной проблеме, проведенной в июле 1998 года в Париже [8]. Оно включает в себя как истинные рецидивы, варикозно-расширенные вены, не удаленные во время первой операции, так и варикозно-расширенные вены, появившиеся в результате прогрессирования хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Из общего числа наблюдений (784 нижних конечностей - 523 человека) после первичного лечения на 102 нижних конечностях (98 пациентов), развился рецидив варикозной болезни вен нижних конечностей (РВБНК). Это составило 13% от количества наблюдений. Вероятность рецидива увеличивался по мере увеличения срока наблюдения. Через 1 год после операции рецидив обнаружен в 2,6% случаев; через два года -2,9%; через три -3,4%, на четвертый – в 4,1% случаев. Что согласуется и с

другими зарубежными исследованиями [9]. Причем если оценить структуру этих изменений в более ранние сроки (первые 2 года после первичного лечения) чаще всего основной причиной рецидива являются технические и тактические ошибки (до 67% от выявленных в этот период случаев). В последующем наблюдении причинами рецидива на 3-4 год чаще было несколько причин: неоваскуляризация, общие причины (наследственность, ожирение, беременность и роды, гормональная контрацепция, образ жизни) или неясные причины. Доля рецидивов возникших по техническим и тактическим причинам не превышала 26% от выявленных в этот период случаев.

Поскольку анатомический раздел классификации CEAP не подходит для использования при рецидивах варикозной болезни, был использован уточненный и расширенный вариант, предложенный согласительная комиссией. Этот раздел приведен ниже (таблица 1).

Таблица 1. Классификация рецидивов варикозной болезни разработанная группой REVAS

T - локализация рецидивных варикозных вен (может быть несколько областей)			
G	Паховая область	36	35%
T	Бедро	46	45%
P	Подколенная ямка	14	13%
I	Голень, включая лодыжку и стопу	43	42%
O	Другая локализация	2	2%
S - источник(и) рефлюкса (может быть несколько источников)			
0	Рефлюкса нет	0	0%
1	Вены малого таза и брюшной полости	17	17%
2	Сафено-бедренное соустье	20	19%
3	Перфорант(ы) бедра	9	9%
4	Сафено-подколенное соустье	7	7%
5	Перфорант(ы) подколенной ямки	6	6%
6	Икроножная вена(ы)	4	4%
7	Перфорант(ы) голени	39	38%
R - рефлюкс (может быть выбран только один вариант)			
	Клинически значимый (R+)	38	37%
	Клинически не значимый (R-)	62	61%
	Клиническое значение не ясно (R?)	2	2%
N - причина формирования рефлюкса (может быть выбран один вариант). N классифицирует источник рефлюкса по принципу был он или нет в зоне предыдущей операции, и описывает причину рецидива			
NSs - причина рефлюкса в зоне предыдущей операции (можно выбрать только один вариант)			
	Технические ошибки	58	57%
	Тактические ошибки	10	10%
	Неоваскуляризация	17	17%
	Причина не ясна	14	14%
	Несколько причин	36	35%
NDs - причина рефлюкса в зоне, где ранее операции не было (можно выбрать только один вариант)			
	Персистирующий (известный во время предыдущей операции)	12	12%
	Новый (отсутствующий во время предыдущей операции)	5	5%
	Не известный (нет информации о его наличии или отсутствии во время предыдущей операции)	85	83%
Поражение стволов подкожных вен (может быть несколько значений)			
	AK - большая подкожная вена выше коленного сустава	27	26%
	BK - большая подкожная вена ниже коленного сустава	7	7%
	SSV - малая подкожная вена	4	4%
	0 - ни одна/другая	64	63%
Возможные провоцирующие факторы (может быть несколько)			
GF Общие причины (может быть несколько)			
	Наследственность	65	64%
	Ожирение	34	33%
	Беременность	52	51%
	Гормональная контрацепция	12	12%
	Образ жизни	57	56%
	Беременность после предыдущей операции	35	34%
	Гипокинезия, длительное пребывание в положении стоя	29	28%

или сидя

Анализ результатов: Чаще всего рецидивные варикозные вены локализовались на бедре и голени и в паховой области, реже в подколенной ямке. При локализации рецидивных вен в верхней трети бедра причиной чаще были технические ошибки при выполнении кроссэктомии и неоваскуляризация. В нижней трети бедра – обрыв ствола при проведении стриппинга на уровне перфоранта или крупного варикса. На голени источником рефлюкса чаще всего являлся не ствол БПВ а перфорантные вены голени, связанные с притоками БПВ. Лишь у трети больных рефлюкс был клинически значимым, причем чаще всего клиническое значение имели случаи рецидива с локализацией варикозных вен на голени а не на бедре. Что касается причины рефлюкса в зоне предыдущей операции, по прежнему лидирующее место занимают технические ошибки такие как: неправильно выполненная кроссэктомия, не удаленные несостоятельные перфорантные вены известные на момент первой операции, обрыв ствола во время стриппинга, а так же недостаточная мощность лазерного излучения или концентрация склерозирующего препарата. К тактическим ошибкам следует отнести расширение показаний для некоторых методов лечения (склеротерапия, ЭВЛК), или использование неадекватных форм препарата: жидкая форма вместо Foam-form при склерозировании крупных вен. Провоцирующие факторы развития варикозной болезни (наследственность, ожирение, образ жизни, гормональная контрацепция, беременность, гипокinezия) у больных с рецидивом встречались чаще. Случаи рецидива ВБНК по специфическим причинам в данном исследовании не рассматривались.

Вывод: существуют причины развития рецидива варикозной болезни на которые мы не в состоянии повлиять как то: повторные беременность и роды, наследственность, неоваскуляризация и другие. Но вместе с тем есть ряд факторов развития рецидива варикозной болезни вен нижних конечностей подлежащих обязательно воздействию со стороны врача. Как то технические и тактические ошибки в лечении, диагностические ошибки, общие причины (ожирение, применение гормональных препаратов, образ жизни пациента). Таким образом комплексный подход в лечении варикозной болезни, включающий в себя не только оперативные методики, но и воздействие на общие причины ее развития, а так же совершенствование лечебных и диагностических методик позволяет надеяться на уменьшение количества случаев развития рецидивов варикозной болезни вен нижних конечностей.

Литература

- [1] Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. Флебология. -Москва: Медицина, 2001. — 670 с. 2001.
- [2] Bismuth J., Klitfod L., Sillesen H. The Lack of Cardiovascular Risk Factor Management in Patients with Critical Limb Ischaemia // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. - 2001. - V.21. - P. 143-146.
- [3] Dodd H., Cockett F. // The Pathology and Surgery of the Veins of the Lower Limb. — Edinburg; London; New York, -1976. P— 67-68.
- [4] Затевахин И.И. и др. Вопросы сосудистой хирургии. Под ред. акад., проф. В.С.Савельева М., 1973г., 200 с.
- [5] Аскерханов Р.К. Выбор лечения первичного варикоза вен нижних конечностей. //Вестн. хир., -1984; - № 6; - С. 40-43.
- [6] Веденский А.Н. Варикозная болезнь. Л.: Медицина, 1983. - 207 с.
- [7] Стойко Ю.М., Гудымович В.Г., Замятина А.В. Патофизиологические аспекты рецидива варикозной болезни: стратегия и тактика современного лечения// Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова - 2007, - № 2 - С. 20-27.
- [8] Perrin M.R., Guex J.J., Ruckley C.V., et al. //recurrent varices after surgery (REVAS): a consensus document Cardiovasc Surg. - 2000; - V.8. - P.233-245.
- [9] Juhan C., Hauptert S., Mitigen G. e tal. //Recurrent varicose veins. Phlebology. – 1990. – V. 5. – P.01-11.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2010г.
11. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2009г.
12. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2008г.
13. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2007г.
14. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2006г.
15. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2005г.
16. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2004г.
17. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2003г.
18. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2002г.
19. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2001г.
20. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 1999г.

EPIDEMIOLOGY OF RECURRENCE OF VARICOSE VEINS OF LOWER EXTREMITIES.

E.V. Staver, M.P. Potapov

Yaroslavl State Medical Academy, Department of surgical diseases of the pediatric faculty

Despite the significant progress made in the early detection and adequate treatment for varicose veins, a high level of disease recurrence after surgery - 15 to 70% of operated patients. Recurrences of varicose veins of the lower limbs often lead to the progression of chronic venous insufficiency, which is the ultimate manifestation of venous trophic ulcer leg. Suggested ways to treat recurrent varicose veins are characterized by a variety of methods and do not always take into account recent advances in Phlebology, and the results leave much to be desired. Analysis of the causes of recurrence of varicose veins of the lower limbs gives rise to develop approaches to the treatment of recurrent varicose veins using modern methods of diagnosis and treatment.

Keywords: varicose veins, recurrent, reflux, EVLT, miniflebectomy, sclerotherapy, chronic venous insufficiency, REVAS, CEAP.