

## ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*А.В. Гавриленко\*, П.Е. Вахратьян, С.А. Осолкова*

ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» (директор – профессор С.Л. Дземешкевич)  
РАМН, Москва

---

Анализ литературы, посвященной лечению больных варикозной болезнью, показал, что, по данным разных авторов, в большинстве случаев причиной продолжения варикозной болезни или ее возврата являются врачебные ошибки. Зачастую количество таких ошибок значительно превышает общее число больных, у которых они выявлены, то есть у одного и того же больного на разных этапах обследования и лечения допускается последовательно несколько врачебных ошибок. Настоящая работа основана на результатах обследования и сравнительного анализа данных пациентов с возвратом варикозного расширения вен нижних конечностей и выявленных причин, к которым относятся ошибки на этапе обследования и хирургического лечения.

Ключевые слова: варикозная болезнь; рецидив варикозной болезни; врачебные ошибки.

### **Causes of recurrence of varicose veins of lower extremities**

**A.V. Gavrilenko, P.E. Vakhrat'yan, S.A. Oskolkova**

Academician B.V. Petrovskiy Russian Scientific Center for Surgery, Russian Academy of Medical Sciences,  
119874, Moscow, Russian Federation

Analysis of literature devoted to treatment of patients with varicose disease showed that in most cases the medical errors were a cause of development of varicose disease or its recurrence. Rather often the number of such errors considerably exceeds the total number of patients in the treatment of which they were revealed. It means that several errors successively were committed at different stages of examination and treatment of the same patient. The present work was based on the data of examination and comparative analysis of data of patients with recurrence of varicose veins of lower extremities and revealed causes, which include errors at the stage of examination and surgical treatment.

Key words: varicose disease; recurrence of varicose disease; medical errors.

---

### **Введение**

В последнее время наблюдается тенденция выполнения оперативных вмешательств при варикозной болезни в хирургических учреждениях общего профиля хирургами, не прошедшими специальную подготовку по флебологии, что негативно сказывается на качестве лечения. Кроме того, в последнее время предлагается огромное количество способов лечения

варикозной болезни, и это приводит к возрастанию неудовлетворительных результатов.

Рецидивом считается «возврат болезни после ремиссии» [1]. По данным разных авторов, рецидив возникает в общехирургических стационарах в 15–80 % случаев. Более оптимистичные результаты получены в специализированных сосудистых отделениях, где возврат болезни наблюдается у 4–10 % пациентов

---

\*Гавриленко Александр Васильевич, доктор мед. наук, профессор, чл.-корр. РАМН, руководитель отделения хирургии сосудов.  
119874, Москва, Абрикосовский пер., д. 2.

из числа ранее оперированных. При этом время возникновения рецидива варьирует от 1 мес до нескольких лет после оперативного вмешательства [2, 3–6, 7–9].

Эти данные свидетельствуют о том, что проблема радикального лечения варикозной болезни еще далека от своего решения. По данным М.П. Вилянского (1988 г.), в доступной литературе нет исследований, обобщающих и систематизирующих ошибки, допускаемые при лечении варикозной болезни, в результате которых возникает возвратный (или рецидивный) варикоз подкожных вен нижних конечностей. Таких исследований нет, к сожалению, и в современной литературе. М.П. Вилянский в сущности указывает только на два источника — отечественный и зарубежный. Так, И.А. Беличенко (1983 г.) предлагает выделять шесть категорий врачебных ошибок у больных с рецидивом варикоза: ошибки организационного характера, диагностические ошибки, связанные с оперативной техникой, ошибки в выборе анестезии, ошибки в ведении послеоперационного периода, отсутствие диспансерного наблюдения в послеоперационном периоде. Под ошибками организационного характера автор понимает выполнение операций по поводу варикозной болезни в хирургических отделениях общего профиля врачами, не являющимися специалистами в области флебологии. Ошибками в диагностике автор считает те случаи, когда до операции не был установлен истинный характер венозной патологии. F. Ghilardi (1968 г.) делит врачебные ошибки на три группы: ошибки диагностического характера (20 %), ошибки технического плана во время проведения операции (75 %) и ошибки, связанные с неправильным послеоперационным лечением (5 %).

J.K.F. Wong (2003 г.) считает врачебной ошибкой неправильное планирование первичного хирургического вмешательства. По его мнению, это связано с тем, что 20 % операций по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей выполняется по причине его рецидивов. Кроме того, по данным J.K.F. Wong, частота рецидивов спустя 5 лет после хирургического лечения первичного варикозного расширения вен достигает 65 %. Это отчасти тоже связано с неправильным планированием первичного хирургического лечения [9].

Еще в 1982 г. Э.П. Думпе писал, что «ни при одной другой патологии не совершается столько технических и тактических ошибок, как при лечении варикозных и тромботических поражений венозной системы».

### Материал и методы

Проведен трехлетний ретроспективный анализ медицинской документации (анамнез, локальный статус, протоколы операций и данные ультразвукового дуплексного сканирования) пациентов с рецидивом варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей, обследованных и оперированных на базе РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН. Всего было изучено 300 случаев возникновения рецидива варикозной болезни. Срок, прошедший от первичной операции до возврата варикозного расширения вен, у всех пациентов составил от 3 до 35 лет. Подавляющее большинство пациентов — 210 (70 %) — первично были оперированы в общехирургических

стационарах, а 90 (30 %) — в профильных сосудистых отделениях.

Критериями для выяснения причин рецидива варикозного расширения вен нижних конечностей явились: анамнез пациентов, данные УЗ-сканирования и вид оперативного вмешательства. В связи с этим проведен тщательный сбор анамнеза, информации об образе жизни пациента, возможных факторах риска. У пациентов, оперированных в нашем учреждении (независимо от отделения, так как пациенты с варикозной болезнью лечились не только в сосудистом отделении), подробно изучались данные исходных УЗ-сканирований (если таковые были) и протоколы операций. Кроме того, все пациенты были подвергнуты тщательному УЗ-сканированию вен нижних конечностей.

Всем пациентам в зависимости от локализации, распространенности и причины повторного варикозного расширения вен нижних конечностей проведены в разных объемах повторные хирургические вмешательства (рекроектомия, лигирование перфорантных вен, мини-флебэктомия) и/или флебосклерозирование притоков, сегментов неудаленных стволов и перфорантных вен под контролем УЗ и без него.

### Результаты и обсуждение

Анализ литературы по лечению больных варикозной болезнью показал, что причиной ее продолжения или возврата являются врачебные ошибки [7, 10, 11].

Проведенный анализ результатов обследования и повторное лечение позволили выявить диагностические, тактические, технические и организационные ошибки, которые впоследствии и стали причиной рецидива варикозного расширения подкожных вен. Причем количество этих ошибок значительно превышает общее число больных, у которых они выявлены, то есть у одного и того же больного на разных этапах обследования и лечения допускалось последовательно несколько врачебных ошибок, что в итоге отразилось на качестве, исходе лечения и сроках возврата симптомов болезни (см. таблицу).

Наиболее часто (примерно в 80 % случаев) встречаются различные комбинации этих ошибок, как в рамках одной группы, так и в тандеме с другими ошибками (одной или разных групп).

У обследованных нами больных из *диагностических ошибок* чаще всего (в 175 случаях) встречается невыявленная недостаточность перфорантных вен голени и бедра (перфорантные вены Додда, Бойда и Коккета).

К диагностическим ошибкам мы отнесли также не выявленную у 68 пациентов недостаточность сафенопоплитеального клапана, что у них привело к продолжению болезни.

К диагностической можно отнести и ошибку, допущенную при посттромботической болезни глубоких вен и врожденной патологии (аплазия венозных клапанов или артериовенозные мальформации), когда эту патологию принимают за варикозную болезнь. Такую причину рецидива мы наблюдали у 9 больных.

*Тактической ошибкой*, приводящей к возврату варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей, является частое превышение показаний к различным видам склеротерапии. Данную причину мы выявили в 57 случаях.

### Частота возникновения рецидива варикозной болезни

Причины рецидива	Варианты проявления	Количество случаев
Диагностические	Невыявленная недостаточность перфорантных вен голени и бедра	175 (58,3 %)
	Невыявленная недостаточность сафено-поплитеального клапана	68 (22,7 %)
	Ошибка, допущенная при посттромботической болезни глубоких вен и врожденной патологии	9 (3 %)
Тактические	Превышение показаний к различным видам склеротерапии	57 (19 %)
	Превышение показаний к лигатурному методу	34 (11,3 %)
	Неликвидированные проявления варикозной болезни в бассейне малой подкожной вены	86 (28,7 %)
Технические	Длинная культя большой подкожной вены с расширенными приустьевыми притоками	105 (35 %)
	Погрешность при перевязке сафено-поплитеального соустья	146 (48,7 %)
	Оставление расширенного ствола большой подкожной или малой подкожной вены	34 (11,3 %)
	Дефект обработки перфорантных вен или отсутствие их обработки	145 (48,3 %)

Также мы наблюдали группу больных с варикозной болезнью (34 пациента), у которых были превышены показания к так называемому лигатурному методу лечения варикозной болезни. В подавляющем большинстве случаев у всех больных развился возврат варикозного расширения разной степени выраженности.

К тактическим ошибкам мы также относим не ликвидированные во время первичного хирургического вмешательства проявления варикозной болезни в бассейне малой подкожной вены. Подобных случаев в нашем исследовании было 86. Такая высокая частота возврата варикозного расширения при этой локализации, скорее всего, объясняется очень большой вариабельностью топографической анатомии малой подкожной вены и вариантами ее впадения в глубокую венозную систему.

**Технические ошибки.** Одна из самых типичных ошибок, являющихся причиной возврата варикозного расширения вен нижних конечностей в зоне сафено-фemorального соустья, — это некорректная обработка данной зоны или низкое лигирование большой подкожной вены. Это происходит, когда не найден ее основной ствол либо вместо него лигирован крупный приустьевой приток. Подобная ситуация часто возникает в тех случаях, когда хирург не может или не в состоянии четко обнажить сафено-фemorальное соустье и визуализировать глубокие вены выше и ниже данного сочленения до выполнения окончательной перевязки. В результате у больного выявляется длинная культя большой подкожной вены с расширенными приустьевыми притоками. При осмотре у таких пациентов послеоперационный рубец визуализируется на 5–10 см ниже паховой складки. Естественно, что при таком доступе невозможно провести адекватную кроссэктомиию. У обследованных нами пациентов данная ошибка выявлена в 105 случаях.

Значительно чаще — в 146 случаях — определяется погрешность при перевязке сафено-поплитеального соустья у больных, ранее оперированных по поводу варикозной болезни в бассейне малой подкожной вены.

У 34 обследованных нами больных с возвратом варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей, из числа ранее оперированных по поводу варикозной болезни, причиной этого возврата явилось оставление расширенного ствола большой подкожной или малой подкожной вены.

Ошибка, встречающаяся практически у половины обследованных нами пациентов (145 случаев), — это

дефект обработки перфорантных вен или отсутствие их обработки.

Таким образом, по нашим данным, у большинства (58,3 %) больных причиной возникновения рецидива была нераспознанная относительная или абсолютная клапанная недостаточность перфорантных вен, которая привела к распространению венозного рефлюкса на непораженные подкожные вены, что в итоге вызвало их варикозную трансформацию за счет возникающей дилатации и клапанной недостаточности. Это диктует необходимость функциональной оценки состояния клапанного аппарата вен нижних конечностей, и особенно перфорантных вен, при выборе тактики лечения.

При оперативном вмешательстве за недостаточные перфорантные вены ошибочно могут быть приняты расширенные венозные мальформации, коммуникантные вены (вены, сообщающие один бассейн подкожных вен с другим, например бассейн большой и малой подкожных вен) и мышечные грыжи. Большие трудности во время физикального обследования возникают при выявлении перфорантных вен у тучных больных и пациентов с трофическими нарушениями кожи и липодерматосклерозом. Для преодоления вышеупомянутых затруднений выявления патологически функционирующих перфорантных вен необходимо обязательное ультразвуковое ангиосканирование с картированием патологических перфорантов непосредственно перед оперативным вмешательством. Мы убеждены, что только ревизия всего эпифасциального бассейна перфоранта при надфасциальной его перевязке и лигирование основного ствола непосредственно над фасциальным дефектом могут быть залогом успешного оперативного вмешательства.

Не только по нашим данным (у 48,3 % больных), но и по данным большинства авторов [5–7, 9–12], именно не лигированные в полном объеме во время первичного хирургического вмешательства перфорантные вены являются причиной патологического рефлюкса из глубоких вен в поверхностные, а сам рефлюкс приводит к развитию рецидива и прогрессированию хронической венозной недостаточности, так как является патогенетической причиной, обуславливающей данное заболевание.

Следует отметить, что несостоятельность перфорантных вен может быть как признаком технической ошибки при первичной операции, так и свидетельством дальнейшего прогрессирования варикозной болезни вен нижних конечностей.

При лечении посттромботической болезни глубоких вен и врожденных патологий следует помнить, что зачастую хирургические вмешательства в этих случаях приводят не к улучшению, а к прогрессирующему заболеванию и могут быть причиной трофических нарушений, что мы наблюдали у 3 % наших больных.

Только полноценное функциональное ультразвуковое сканирование, а при необходимости рентгеноконтрастное исследование венозных сосудов нижних конечностей может помочь определить истинное состояние венозной системы нижних конечностей, ее проходимость, наличие недостаточности клапанного аппарата перфорантных и магистральных вен, наличие венозных или артериовенозных мальформаций.

К организационным ошибкам относится отсутствие организации специализированной флебологической помощи. Наш опыт и данные литературы показывают, что наибольшее количество осложнений, неблагоприятных исходов лечения и возврата варикозного расширения подкожных вен бывает при лечении флебологических больных в хирургических отделениях общего профиля, при отсутствии у врачей необходимой подготовки в области флебологии. Кроме того, мы считаем неправильным поручать выполнение флебэктомий молодым начинающим хирургам, не имеющим достаточного опыта лечения больных с варикозной болезнью. Флебэктомия — довольно сложное и деликатное хирургическое вмешательство. Поэтому проведенная неправильно с технической и тактической точки зрения, она может привести к осложнениям в послеоперационном периоде, дальнейшему прогрессирующему, возврату болезни и, что самое главное, к развитию тяжелых осложнений, вплоть до инвалидизации больных.

### Заключение

По нашим данным и данным других авторов, примерно у 75–80 % больных с возвратом варикозного расширения подкожных вен, или рецидивом варикозной болезни, во время обследования и повторного хирургического лечения выявляются ошибки выполнения первичных оперативных вмешательств, которые и служат причиной этого возврата. Анализ неудач в лечении варикозной болезни, по данным последних лет [7, 10–14], показал, что причины их складываются из трех составляющих: дальнейшее прогрессирующее заболевание, технические ошибки при проведении оперативных вмешательств и недостаточная организация флебологической помощи. Несмотря на наличие специалистов-флебологов и функционирование специализированных сосудистых отделений, до сих пор больных с варикозной болезнью и даже с ее рецидивами оперируют в общехирургических стационарах специалисты, не подготовленные в области флебологии. И это — одна из основных причин неэффективности лечения и быстрого возврата проявлений болезни.

На основании всего вышеизложенного мы считаем, что организация лечения больных с варикозной болезнью и ее рецидивами, диспансерное динамическое наблюдение и раннее выявление признаков варикозной болезни должны быть ведущими принци-

пами улучшения и оптимизации исходов лечения данного контингента больных.

### Литература

1. Петровский Б.В. и др. Энциклопедический словарь медицинских терминов. М.: Советская энциклопедия, 1984. Т. 3. 512 с.
2. Виланский М.П., Проценко Н.В., Голубев В.В. и др. Рецидив варикозной болезни. М.: Медицина, 1988. 176 с.
3. Покровский А.В. Клиническая ангиология. М.: Медицина, 2004. Т. 2. С. 788–809.
4. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др. Флебология. М.: Медицина, 2001.
5. Шевченко Ю.Л. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии вен. СПб., 1999. 320 с.
6. Шевченко Ю.Л. Современные проблемы практической ангиологии и сосудистой хирургии. Киев, 2001. 368 с.
7. Gibbs P.J., Foy D.M., Darke S.G. Reoperation for recurrent saphenofemoral incompetence: A prospective randomized trial using a reflected flap of pectineus fascia // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 1999. Vol. 18, № 6. P. 494–498.
8. Wali M.A., Sheehan S.J., Colgan M.P., Moor D.J. et al. Recurrent varicose veins // *East Afr. Med. J.* 1988. Vol. 75, № 3. P. 188–191.
9. Wong J.K.F., Duncan J.L., Nichols D.M. Whole-leg duplex mapping for varicose veins: Observations on patterns of reflux in recurrent and primary legs, with clinical correlation // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2003. Vol. 25. P. 267–275.
10. De Maeseneer M.G., Van Schil P.E., Philippe M.M. et al. Is recurrence of varicose veins after surgery unavoidable? // *Acta Chir. Belg.* 1995. Vol. 95, № 1. P. 21–26.
11. Franco G.-J. Ultrasonographic exploration for recurrent varicose veins in the popliteal fossa after surgery // *Mal. Vasc.* 1997. Vol. 22, № 5. P. 336–342.
12. Панин Н.Г. Ультразвуковое триплексное ангиосканирование в диагностике рецидивов варикозной болезни нижних конечностей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 22 с.
13. Hanzlick J. Recurrent varicosity of the lesser saphenous vein. A 5-year follow-up // *Zentralbl. Chir.* 1999. Vol. 124, № 1. P. 42–47.
14. Turton E.P., Scott D.J., Richards S.P. et al. Duplex-derived evidence of reflux after varicose vein surgery: neoreflux or neovascularization? // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 1999. Vol. 17, № 3. P. 230–233.
15. Hach W. Diagnostic de la maladie variqueuse de recidive postoperative par la phlebographie ascendante avec manoeuvre de Valsalva. *Phlebologie.* 1982. Vol. 35, № 2. P. 493–496.

### References

1. Petrovskiy B.V. et al. Encyclopedia of medical terms, Vol. 3. Moscow: Sovetskaya Entsiklopediya; 1984 (in Russian).
2. Vilyanskiy M.P., Protsenko N. V., Golubev V. V. et al. Recurrence of varicose disease. Moscow: Meditsina; 1988 (in Russian).
3. Pokrovskiy A.V. Clinical angiology, Vol. 2. Moscow: Meditsina; 2004 (in Russian).
4. Savel'ev V. S., Gologorskiy V. A., Kirienko A.I. et al. Phlebology. Moscow: Meditsina; 2001 (in Russian).
5. Shevchenko Yu. L. Mistakes, dangers and complications in vein surgery. St. Petersburg; 1999 (in Russian).
6. Shevchenko Yu. L. Recent problems of practical angiology and vascular surgery. Kiev; 2001 (in Russian).
7. Gibbs P.J., Foy D.M., Darke S.G. Reoperation for recurrent saphenofemoral incompetence: a prospective randomized trial using a reflected flap of pectineus fascia. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 1999; 18 (6): 494–498.
8. Wali M.A., Sheehan S.J., Colgan M.P., Moor D.J. et al. Recurrent varicose veins. *East Afr. Med. J.* 1988; 75 (3): 188–191.
9. Wong J.K.F., Duncan J.L., Nichols D.M. Whole-leg duplex mapping for varicose veins: Observations on patterns of reflux in recurrent and primary legs, with clinical correlation. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2003; 25: 267–275.
10. De Maeseneer M.G., Van Schil P.E., Philippe M.M. et al. Is recurrence of varicose veins after surgery unavoidable? *Acta Chir. Belg.* 1995; 95 (1): 21–26.
11. Franco G.-J. Ultrasonographic exploration for recurrent varicose veins in the popliteal fossa after surgery. *Mal. Vasc.* 1997; 22 (5): 336–342.
12. Panin N.G. Ultrasound triplex angioscanning in diagnostics of recurrence of lower extremities varicose disease: Dr. med. sci. Diss. Moscow; 2001 (in Russian).
13. Hanzlick J. Recurrent varicosity of the lesser saphenous vein. A 5-year follow-up. *Zentralbl. Chir.* 1999; 124 (1): 42–47.
14. Turton E.P., Scott D.J., Richards S.P. et al. Duplex-derived evidence of reflux after varicose vein surgery: neoreflux or neovascularisation? *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 1999; 17 (3): 230–233.
15. Hach W. Diagnostic de la maladie variqueuse de recidive postoperative par la phlebographie ascendante avec manoeuvre de Valsalva. *Phlebologie.* 1982; 35 (2): 493–496.

Поступила после переработки 27.02.2013