

С.А. СУШКОВ

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНОВ
ГЛУБОКИХ ВЕН**

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

Проведено изучение особенностей клинического течения заболевания у пациентов с варикозной болезнью при недостаточности клапанов глубоких вен нижних конечностей. В исследование включено 1320 больных. На основании данных ультразвукового ангиосканирования и ретроградной флебографии обследованные были разделены на две группы: 1 группа – 524 больных с поражением только поверхностных вен; 2 группа – 796 пациентов с недостаточностью клапанов глубоких вен.

Сравнение основных клинических проявлений заболевания показало, что вовлечение в патологический процесс глубоких вен оказывает неблагоприятное влияние на течение варикозной болезни нижних конечностей. При недостаточности клапанов глубоких вен у подавляющего числа больных выявляются признаки хронической венозной недостаточности, причем трофические расстройства развиваются значительно чаще и быстрее, чем у пациентов с поражением только поверхностных вен. Выявленная тенденция позволяет рекомендовать более активную лечебную тактику у больных, имеющих недостаточность клапанного аппарата глубоких вен.

Clinical course peculiarities of varicose disease were studied in the patients with the lower limbs deep veins valves insufficiency. 1320 patients were included in the research. According to the data of the US scanning and retrograde phlebography the patients were divided into two groups: the 1st group included 524 patients with the affection of only the superficial veins; the 2nd group included 796 patients with the valvular insufficiency of the deep veins.

The comparison of the main clinical manifestations of varicose disease of the lower limbs has revealed that the deep veins involvement in the pathologic process leads to unfavorable case course. In the case of the deep vein valves incompetence most patients have manifestation of chronic venous insufficiency and trophic disturbances are developing more frequently and rapidly than in the patients with only superficial veins involvement. The revealed tendency permits to recommend more intensive medical tactics in patients having deep veins valvular incompetence.

Общеизвестно, что в патологический процесс при варикозной болезни могут вовлекаться не только поверхностные и перфорантные, но также и глубокие вены. Это обстоятельство побуждает многих хирургов при оперативном лечении осуществлять коррекцию кровотока в глубоких венозных сосудах [1,2,3,4,5,6,7]. Следует отметить, что вопрос об эффективности таких оперативных вмешательств остается

дискутабельным и полностью не решенным. Некоторые исследователи [8,9] выражают сомнение в необходимости выполнения корригирующих операций на глубоких венах при варикозной болезни.

Для того чтобы решить обозначенный вопрос, следует в первую очередь установить, влияет ли состояние клапанного аппарата глубоких вен на течение патологического процесса. Здесь мнения исследо-

вателей также расходятся. Одни считают, что недостаточность клапанов различных сегментов венозного русла играет важную роль в появлении судорожного синдрома и развитии трофических нарушений [5,10,11]. Другие придерживаются мнения, что она не оказывает существенного влияния на течение заболевания [9,12,13]. Большинство исследователей, отвергающих значимую роль недостаточности клапанов глубоких вен в развитии патологического процесса, опирались на результаты изучения патологического рефлюкса в бедренной вене, являющейся основным объектом оперативного вмешательства. Отсутствие корреляционной связи между степенью рефлюкса и клиническими проявлениями позволили им подвергнуть сомнению положение о значении нарушения функции клапанов в патогенезе заболевания.

Несмотря на существование двух точек зрения, в 2000 г. в г. Москве на Совещании экспертов была принята новая классификация варикозной болезни [14], в соответствии с ней отдельно выделяется форма заболевания, при которой имеется патологический рефлюкс в глубоких венах. Признание существования такой формы варикозной болезни нижних конечностей, несомненно, имеет важное значение для практической флебологии, так как позволяет выработать специфическую тактику лечения. Однако это показывает необходимость определения и клинических особенностей такой формы заболевания. В современной литературе данный вопрос пока не нашел отражения. Указанные обстоятельства и побудили нас провести настоящее исследование.

Цель исследования - изучить особенности клинического течения заболевания у пациентов с варикозной болезнью при различных формах поражения венозного русла нижних конечностей.

Материалы и методы

Обследовано 1320 пациентов, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей. В исследование не включались больные с вторичным варикозным расширением вен (посттромбофлебитический синдром, врожденные ангиодисплазии). Учитывая, что у большинства пациентов с двусторонней локализацией патологического процесса длительность, характер течения заболевания, тип морфологических и функциональных расстройств на разных конечностях обычно отличались, каждый эпизод обследования любой конечности был принят за единицу наблюдения и включался в анализ как отдельный случай.

Мужчин было 507, женщин - 813. Возраст больных варьировал от 15 до 70 лет и в среднем составил $43,5 \pm 11,2$ ($M \pm \sigma$). Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Длительность заболевания варьировала от 1 года до 42 лет и в среднем составила $11,6 \pm 0,2$ лет ($M \pm m$).

Представленные данные свидетельствуют, что в исследование были включены больные обоих полов, всех возрастных групп и с максимальным диапазоном сроков заболевания. Следует отметить, что изучаемая выборочная совокупность сформировалась в результате случайного отбора. Случайность обеспечена отсутствием какого-либо отбора на этапах госпитализации и обследования больных в клинике. Все пациенты, направленные на стационарное лечение, включались в исследование. Объем изучаемой выборки составил 1320 случаев. Численность наблюдений достаточна для проведения планируемого анализа. Таким образом, является репрезентативной, и можно утверждать, что полученные в результате анализа данные будут с высокой долей вероятности отражать свойства генеральной совокупности.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст						Всего, абс/%
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	
Мужчины, абс/%	44/ 8,68%	86/ 16,96%	147/ 28,99%	153/ 30,19%	64/ 12,62%	13/ 2,56%	507/ 38,41%
Женщины, абс/%	35/ 4,31%	126/15,51%	229/ 28,17%	292/ 35,9%	110/ 13,53%	21/ 2,58%	813 /61,59%
Итого, абс/%	79/ 5,98%	212/ 16,06%	376/ 28,49%	445/ 33,71%	174/ 13,18%	34/ 2,58%	1320

Примечание: группировка больных по возрасту осуществлена в соответствии с рекомендациями ВОЗ [15].

Всем больным проводилось традиционное клиническое обследование (сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, физикальное исследование). При опросе выяснялись - возраст начала и длительность заболевания, характер его течения, вид и результаты ранее проводимого лечения. Во время проведения физикального исследования устанавливались тип строения поверхностных вен, локализация варикозного расширения, выявлялись клинические признаки хронической венозной недостаточности. Особое внимание уделяли четкой дифференциации предъявляемых жалоб. Известно, что варикозная болезнь часто сочетается с другой патологией [8]. Поэтому пациенты предъявляют множество жалоб, не связанных с патологией вен. Регистрировались следующие признаки хронической венозной недостаточности: судорожно-болевого синдром, отек, пигментация, липодермосклероз, постъязвенные рубцы, трофические язвы.

В зависимости от характера клинического течения устанавливалась степень венозной недостаточности в соответствии с клинической шкалой классификации СЕАР. Распределение больных по классам заболевания была следующей: С2 - 268 (20,3%); С3 - 665 (50,38%); С4 - 272 (20,61%); С5 - 49 (3,71%); С6 - 66 (5%). Как

видно, в исследование включены больные всех клинических классов, кроме - С1 (телеангиэктазии или ретикулярные вены). Обусловлено это тем, что данная категория не нуждается в оперативном лечении, а изучение таких форм заболевания выходило за рамки проводимого исследования.

Для определения типа варикозной болезни больным производилось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование и ретроградная флебография. Пациенты разделены на 2 группы: 1 группа - 524 больных с поражением только поверхностных вен; 2 группа - 796 пациентов с недостаточностью клапанов глубоких вен. После разделения обследуемых на группы проведено сравнение характера течения и основных клинических проявлений заболевания у них.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы Statistica 6.0 с использованием стандартных методов описательной статистики. Учитывая большое количество наблюдений и нормальный характер распределения, применялись параметрические методы анализа.

Результаты и обсуждение

В 1-й группе женщин было 368 (70,23%), мужчин - 156 (29,77%). Во 2-й группе соот-

ношение женщин и мужчин несколько отличалось: женщины - 445 (55,90%), мужчины - 351 (44,10%). Это позволяет предположить, что клапанная недостаточность встречается чаще у пациентов мужского пола. Учитывая различное соотношение в группах женщин и мужчин, дальнейший анализ проводился с учетом пола пациентов.

Средняя длительность заболевания в 1-й группе составила: женщины - $14,0 \pm 0,4$; мужчины - $11,4 \pm 0,7$ ($M \pm m$). Во второй группе у пациентов обоих полов она была достоверно ниже ($p < 0,05$): женщины - $11,8 \pm 0,4$; мужчины - $8,8 \pm 0,3$ ($M \pm m$). Это обстоятельство было учтено при дальнейшем анализе и получило аргументированное объяснение.

Частота развития варикозного расширения в сравниваемых группах в различных бассейнах поверхностных вен представлена в таблице 2.

Как видно из представленных данных, существенные различия в обеих группах отсутствуют. Варикозное расширение малой подкожной вены и её притоков встречается с одинаковой частотой и при состоятельных клапанах глубоких вен, и при их недостаточности. Полученные данные отличаются от встречающихся в литературе. Некоторые исследователи [1] считают, что варикозное расширение малой подкожной вены может служить клиническим признаком клапанной недостаточности глубоких вен. Проведенный нами анализ однозначно показывает, что это не так.

Данные о частоте выявления различных клинических признаков хронической недостаточности представлены в таблице 3.

Практически все сравниваемые клинические признаки чаще встречаются во второй группе. Но если частоты выявления синдрома тяжелых ног, судорожного синдрома, преходящих отеков отличались не намного, то по таким признакам, как стойкий отек, гиперпигментация, липодерматосклероз, трофические язвы и постязвенные рубцы, разница существенна. Так, стойкий отек встречался у 7,05% - 9,78% больных 1-й группы. Во 2-й группе этот клинический признак выявлен у 26,07% женщин и 24,22% мужчин. У пациентов 2-й группы в 2-3 раза чаще имелись отдельные признаки трофических нарушений (гиперпигментация, липодерматосклероз, трофические язвы, постязвенные рубцы). В целом, различные трофические расстройства в 1-й группе выявлены у 56 (15,22%) женщин и у 21 (13,47%) мужчин, а во 2-й группе – у 162 (36,40%) и 148 (42,17%) соответственно. Как видно, при недостаточности клапанов глубоких вен у больных с варикозной болезнью значительно чаще развиваются трофические нарушения. Поэтому во второй группе доля пациентов, относящихся к клиническим классам - C4, C5, C6, существенно больше, чем в 1-й группе (таблица 4). Если учесть, что средняя продолжительность заболевания во 2-й группе, как уже отмечалось выше, была достоверно

Таблица 2

Распределение больных по локализации варикозного расширения вен

Локализация варикозного расширения	1 группа		2 группа	
	Женщины (n=368)	Мужчины (n=156)	Женщины (n=445)	Мужчины (n=351)
Большая подкожная вена	311/ 84,51%	113/ 72,44%	385/ 86,52%	258/ 3,50%
Большая подкожная и малая подкожная вены	57/ 15,49%	43/ 27,56%	60/ 13,48%	93/ 26,50%

Таблица 3

**Частота встречаемости клинических симптомов ХВН
у больных варикозной болезнью**

Симптом	1 группа		2 группа	
	Женщины (n=368)	Мужчины (n=156)	Женщины (n=445)	Мужчины (n=351)
Синдром тяжелых ног	315/ 85,6%	134/ 85,9%	421/ 94,61%	344/ 98,01%
Судорожный синдром	312/ 84,78%	133/ 85,26%	415/ 93,26%	338/ 96,3%
Отечный синдром				
-преходящий отек	218/ 59,24%	87/ 55,77%	271/ 60,90%	224/ 63,82%
- стойкий отек	36/ 9,78%	11/ 7,05%	116/ 26,07%	85/ 24,22%
Гиперпигментация	56/ 15,22%	21/ 13,47%	162/ 36,40%	148/ 42,17%
Липодерматосклероз	39/10,60%	11/7,05%	80/ 17,98%	69/ 19,66%
Трофическая язва	1/ 2,99%	4/ 2,56%	26/ 5,84%	25/ 7,12%
Постязвенные рубцы	11/ 2,99%	3/ 1,92%	38/ 8,54%	19/ 5,41%

Таблица 4

**Распределение пациентов по классам ХВН в соответствии
с международной классификацией CEAP**

Класс ХВН	1 группа		2 группа	
	Женщины (n=368)	Мужчины (n=156)	Женщины (n=445)	Мужчины (n=351)
C2	114 / 30,98%	56/ 35,90%	57/ 12,81%	41/ 11,68%
C3	198/ 53,80%	79/ 50,63%	226/ 50,79%	162/ 46,15%
C4	37/ 10,06%	15/ 9,62%	111/ 24,95%	109/ 31,05%
C5	8/ 2,17%	2/ 1,29%	25/ 5,61%	14/ 3,99%
C6	11/ 2,99%	4/ 2,56%	26/ 5,84%	25/ 7,12%

ниже, то можно говорить не только о большей встречаемости трофических расстройств, но и о существовании тенденции к более быстрому прогрессированию хронической венозной недостаточности у этой категории больных.

Острым тромбофлебитом в течение всего периода заболевания в 1-й группе страдало 20 (5,43%) женщин и 2 (1,28%) мужчины. Во 2-й группе этот показатель был следующим - 20 (4,49%) женщин, 13 (3,70%) мужчин. Как видно, существенных различий между двумя группами нет. Это позволяет сделать заключение, что состояние клапанов глубоких вен не играет особой роли в развитии острого тромбофлебита.

Проведенные исследования показали, что вовлечение в патологический процесс глубоких вен оказывает неблагоприятное влияние на течение варикозной болезни нижних конечностей. При недостаточности клапанов глубоких вен у подавляющего числа больных выявляются признаки хронической венозной недостаточности, причем трофические расстройства развиваются значительно чаще и быстрее, чем у пациентов с поражением только поверхностных вен. На наш взгляд, это имеет важное практическое значение. Во-первых, оценка состояния клапанного аппарата позволяет прогнозировать характер течения заболевания и, соответственно, определять тактику лечения пациентов. Очевидно что больным с недостаточностью клапанов глубоких вен следует настоятельно рекомендовать оперативное лечение в более ранние сроки, до развития трофических расстройств. Такой подход позволит существенно улучшить его ближайшие и отдаленные результаты. Даже если больные и не будут согласны подвергнуться оперативному вмешательству, они нуждаются в постоянном наблюдении и проведении полноценного консервативного лечения, направленного на предотвращение прогресси-

рования хронической венозной недостаточности. Второй важный аспект, имеющий практическое значение, заключается в следующем. Если недостаточность клапанов глубоких вен играет существенную роль в развитии хронической недостаточности, абсолютно оправдано стремление осуществлять коррекцию венозного оттока в глубоких венозных сосудах. Поэтому оперативное вмешательство у больных с недостаточностью клапанов глубоких вен не может ограничиваться только удалением поверхностных вен. Обязательным его компонентом должно быть пособие, направленное на нормализацию гемодинамики в глубоких венах.

Выводы

1. Характер течения заболевания у пациентов с варикозной болезнью зависит от состояния клапанного аппарата глубоких вен.

2. Клиническое течение варикозной болезни при недостаточности клапанов глубоких вен характеризуется быстрым нарастанием признаков хронической венозной недостаточности.

3. Больные варикозной болезнью, имеющие недостаточность клапанов глубоких вен, нуждаются в постоянном наблюдении и проведении поддерживающего консервативного лечения, препятствующего прогрессированию хронической венозной недостаточности.

4. Оперативное лечение пациентам с недостаточностью клапанного аппарата глубоких вен следует проводить в более ранние сроки.

5. При хирургическом лечении больных варикозной болезнью с недостаточностью клапанов глубоких вен целесообразно производить коррекцию гемодинамических нарушений в глубоких венозных сосудах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веденский, А.Н. Варикозная болезнь / А.Н. Веденский. - Л.: Медицина, 1983. - 208 с.
2. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии вен: руководство для врачей / Под ред. Ю.Л.Шевченко. - СПб: Питер Ком, 1999. - 320 с.
3. Makarova, N.P. Does surgical correction of superficial femoral vein valve change the course of varicose disease? / N.P.Makarova, F. Lurie, S.M. Hmelniker // J.Vasc.Surg. - 2001. - №2. - P. 361 - 368.
4. Реконструкция клапанного аппарата глубоких вен в комплексном лечении хронической венозной недостаточности / К.Г. Абалмасов [и др.]; под ред. акад. РАМН Л.А. Бокерия. - М.: Изд-во НЦССХ им А.Н.Бакулева РАМН, 2002. - 28 с.
5. Lurie, F. Surgical management of deep venous reflux / F. Lurie, R.L. Kistner, B. Eklof // Semin. Vasc. Surg. - 2002. - Vol.15, № 1. - P.50-56.
6. Lane, R.J. Intermediate to long-term results of repairing incompetent multiple deep venous valves using external valvular stenting / R.J. Lane, M.L.Cuzzilla, C.G. McMahon // ANZ J. Surg. - 2003. - Vol.73, № 5. - P.267 - 274.
7. Perrin, M. Results of valvuloplasty in patients presenting deep venous insufficiency and recurring ulceration / M. Perrin, B. Hiltbrand, J.M. Bayon // Ann.Vasc.Surg. - 1999. - Vol. 13, № 5. - P. 524 - 532.
8. Флебология: Руководство для врачей / В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева. - М.: Медицина, 2001. - 664 с.
9. Влияет ли экстравазальная коррекция клапанов бедренной вены на течение варикозной болезни? / А.И.Кириенко, В.Ю.-Богачев, И.А.Золотухин, Н.Г.Панина // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2002. - т.8. - № 2. - С. 39 - 44.
10. Патогенез и хирургическое лечение при трофических язвах нижних конечностей на почве варикозной болезни / Б. С. Суковатых, П. М. Назаренко, Л.Н.Беликов, О. А.Родионов и др. // Вестник хирургии – 2000. - № 3 – С. 25 - 30.
11. Labas, P. Anti-reflux surgery of the popliteal vein / P. Labas, B. Ohradka // Bratisl.Lek.Listy. - 1998. - Vol. 99, № 2. - P. 116-118.
12. Рефлюкс по бедренной вене и течение варикозной болезни нижних конечностей / А.В.Гавриленко [и др.] // Phlebolympology. Специальный выпуск: VI Конференция Ассоциации флебологов России, Москва, 23-25 мая 2006 г.- М., 2006. - С.8.
13. Bradbury, A. The relationship between lower limb symptoms and superficial and deep venous reflux on duplex ultrasonography: The Edinburgh Vein Study / A. Bradbury [et al.] // J. Vasc. Surg. - 2000. - Vol. 32, № 5.- P. 921 - 931.
14. Варикозная болезнь вен нижних конечностей: стандарты диагностики и лечения: совещание экспертов в Москве 16 июня 2000 г. - М., 2000. - 16 с.
15. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10): Краткий вариант. - Мн.: ООО «Аскар», 2001.- 400 с.

Поступила 30.11.2006 г.