

РЕЦИДИВ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**Виталий Алексеевич САФОНОВ, Денис Федорович ГРОМАЦКИЙ,
Сергей Владимирович НЕНАРОЧНОВ, Рустам Захретдинович ШЕРОВ**

*НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО «РЖД»
630003, г. Новосибирск, Владимировский спуск, 2а*

Данное сообщение посвящено одной из наиболее часто встречающихся проблем хирургической флебологии – рецидивам варикоза после хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей. Цель работы – определение наиболее важных факторов рецидива варикозной болезни, выбор оптимальной тактики в решении данной проблемы по результатам собственных наблюдений. Представлен результат клинического наблюдения, обследования и лечения 68 больных с рецидивом варикозного расширения после проведенного хирургического лечения варикозной болезни. Выявлены причины, приводящие к возникновению рецидива, а именно: технические ошибки при хирургическом вмешательстве, естественное прогрессирование заболевания, невыполнение рекомендаций в послеоперационном периоде по компрессионному режиму и вентотонической терапии, отсутствие диспансерного наблюдения за пациентами с варикозной болезнью. На основании этого сделаны выводы и рекомендации, направленные на улучшение качества хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей.

Ключевые слова: варикозная болезнь, рецидив варикозной болезни, хирургическое лечение варикоza, сосудистая хирургия.

Варикозная болезнь нижних конечностей по частоте занимает одно из первых мест в структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы [1, 2, 5, 8]. Несмотря на многовековую историю, проблема диагностики и лечения варикозной болезни не только не утратила своего значения, но и продолжает оставаться актуальной в современной ангиохирургии. Доля оперативных пособий по поводу варикозной болезни занимает одно из ведущих мест в общем списке ангиохирургических вмешательств. Стоит отметить, что ряд общехирургических стационаров также имеет в своем арсенале операции на подкожных венах нижних конечностей.

Рецидив варикозной болезни развивается у 5–80 % оперированных больных [3, 4, 6, 7]. Высокая частота (до 80 %) рецидивов, вне всяких сомнений, отмечается после операций, выполненных в общехирургических стационарах без сосудистой спецификации. В специализированных отделениях число подобных вмешательств, соответственно, находится у нижней границы данного статистического коридора. В среднем более чем у половины пациентов рецидив развива-

ется в течение первых 5 лет после хирургического вмешательства. Стоит заметить, что пациент, единожды прооперированный по поводу варикозной болезни, с большим страхом и скепсисом воспринимает рекомендации о повторных оперативных вмешательствах. Это обязывает сосудистого хирурга корректно, деликатно и в то же время высокопрофессионально и аргументировано убедить больного в необходимости такого вмешательства.

В соответствии с положениями Международной согласительной конференции (Париж, 1998 г.) под рецидивом варикозной болезни принято понимать «развитие видимого или определяемого при пальпации варикозного расширения вен на конечности, ранее оперированной по поводу варикозной болезни». Выделяют «истинный рецидив», который подразумевает под собой наличие не удаленных во время первой операции патологически измененных вен, и «ложный рецидив», включающий варикозно измененные вены, появившиеся вследствие прогрессирования заболевания. Под определение рецидива варикозной болезни не попадают варикозные вены, появляющиеся после флебосклерозирующего лечения.

Сафонов В.А. – д.м.н., зав. отделением сосудистой хирургии

Громацкий Д.Ф. – врач-сердечно-сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии

Ненарочнов С.В. – врач ультразвуковой диагностики диагностического центра

Шеров Р.З. – врач-сердечно-сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии

Клинический интерес представляет разделение рецидивов варикозной болезни на гемодинамически значимые и гемодинамически незначимые. Гемодинамически значимые рецидивы сопровождаются нарушением венозного оттока от заинтересованной конечности, способствуют прогрессированию болезни с нарастанием ее клинического класса и определяют сугубо медицинские показания к их лечению. Гемодинамически незначимые рецидивы проявляются разного рода косметическими дефектами, необходимость устранения которых определяется желанием пациента.

Среди общей плеяды причин рецидива варикозной болезни следует выделить две основные группы. К первой стоит отнести сохраняющееся влияние факторов риска основного заболевания (наследственная предрасположенность, избыточный вес, образ жизни, характер физических нагрузок). Однако данная группа причин представляет меньший клинический интерес для практикующих врачей, так как больше зависит от самого больного, его желаний и возможностей по устранению или уменьшению воздействия данных факторов. Для нас же в большей степени важна и актуальна вторая группа причин рецидива, обусловленная тактическими и техническими ошибками во время первоначальной операции. К таковым относятся:

- 1) неадекватное вмешательство на большой подкожной вене (наличие патологической культи, сохранение ствола, неоваскулогенез в области сафенофemorального соустья);
- 2) неадекватное вмешательство на малой подкожной вене (наличие патологической культи, сохранение ствола, рефлюкс по суральным венам);
- 3) патологический рефлюкс (по перфорантным венам, по глубоким венам);
- 4) изолированная варикозная трансформация притоков (большой подкожной вены, малой подкожной вены).

Следует отметить, что у большинства пациентов имеет место сочетание нескольких причин развития рецидива варикозной болезни. Достаточно часто употребляемый в настоящее время термин «неоваскулогенез» в классическом понимании этого слова, с нашей точки зрения, вряд ли может являться причиной истинного рецидива варикозной болезни. В наших наблюдениях в области сафенофemorального соустья мы не раз находили конгломераты тонкостенных и расширенных вен, которые иногда именуются «каверномами», и расцениваем их как расширенные и гипертрофированные мелкие притоки, впадающие в бедренную вену или в большую подкожную вену по линии соустья. Данный вопрос является

предметом спора и поводом для более углубленного изучения данного направления.

Цель исследования – определение наиболее важных факторов рецидива варикозной болезни, выбор оптимальной тактики лечения этой патологии.

За период с января 2009 г. по декабрь 2012 г. в нашем отделении прошли курс стационарного лечения 68 пациентов с рецидивом варикозной болезни, что составило 3,2 % от общего числа больных с сосудистой патологией и 8,3 % от общего количества пациентов, наблюдавшихся нами по поводу варикозной болезни. В настоящем исследовании в качестве рецидива варикозной болезни не рассматривались клинические случаи после изолированной флебосклерозирующей терапии без наличия в анамнезе того или иного оперативного пособия. По нашему мнению, это не соответствует требованиям Международной согласительной конференции.

Комплекс обследования включал тщательно собранный анамнез (сроки оперативных вмешательств с уточнением лечебного учреждения и отделения, где была выполнена операция, давность возникновения рецидива), жалобы больных, объективный статус (с оценкой расположения варикозно трансформированных вен, их взаимоотношения с послеоперационными рубцами), инструментальные исследования (основным из которых с точки зрения объективной оценки характера рецидива и состояния глубокой венозной системы является цветное дуплексное сканирование). Всестороннее клиническое и инструментальное обследование больных позволило не только поставить правильный диагноз, но и выбрать оптимальную тактику лечения.

Ранних рецидивов (до года после операции) зарегистрировано 8 случаев (11,7 %). Большая же часть рецидивов развилась в сроки от 2 до 5 лет. Более чем у половины этих пациентов лечение варикозной болезни ограничивалось только оперативным пособием, без последующего диспансерного наблюдения, лечебно-профилактических мероприятий (компрессионный режим, венотоническая терапия, коррекция факторов риска) на амбулаторном этапе.

Основная масса оперативных вмешательств выполнялась в общехирургических стационарах – 59 больных (86,8 %). В 9 (13,2 %) случаях рецидивы возникли после операций, проведенных в условиях специализированных сосудистых отделений. Всем пациентам выполнялась комбинированная флебэктомия: в бассейне большой подкожной вены – 61 (89,7 %), в бассейне малой подкожной вены – 4 (5,9 %), в обоих бассейнах – 3 (4,4 %).

Больные с рецидивом варикозной болезни при поступлении предъявляли жалобы, аналогичные таковым при манифестации заболевания: боль, зуд, чувство «жжения» в оперированной конечности – 28 (41,2 %) больных, отек нижней конечности – 26 (38,2 %) больных, чувство «тяжести», ночные судороги – 36 (52,9 %) больных, трофические изменения кожи – 31 (45,6 %) больной, открытые или зажившие трофические язвенные дефекты – 16 (23,5 %) больных.

Абсолютно все пациенты жаловались на появление новых варикозно расширенных вен на прооперированной конечности. Мы наблюдали нарастание клинического класса варикозной болезни в виде прогрессирования явлений венозной недостаточности более чем у двух третей пациентов. При объективном осмотре обращало на себя внимание низкое расположение разреза в паху – 37 (54,4 %) человек, смещенные медиально и вверх разрезы в проекции внутренней лодыжки – 7 (10,3 %), наличие варикозно трансформированных вен в зоне разрезов, пальпаторно определяемых дефектов апоневроза в типичных местах расположения перфорантных вен при отсутствии разрезов в этих местах, грубые трофические изменения.

Всем пациентам выполнялось цветное дуплексное сканирование, в ходе которого оценивалась проходимость глубокого венозного русла, наличие рефлюкса по глубоким венам, выяснялась причина рецидива в каждом конкретном случае, наличие рефлюкса по поверхностным венам, несостоятельность перфорантных вен с их обязательным картированием. Благодаря такому подходу индивидуально для каждого пациента выбиралась оптимальная хирургическая тактика. На основании дуплексного сканирования было выявлено следующее:

1. Патологическая культя большой подкожной вены (от 1,0 см до 7,0 см длиной и 6,0 – 15 мм шириной с патологическим рефлюксом) – у 34 (50,0 %) больных. В культю впадали расширенные притоки, из которых наиболее значимыми являлись переднелатеральный и переднемедиальный.

2. Оставление всего ствола большой подкожной вены у 6 (8,8 %) больных, несмотря на наличие рубца в паховой области.

3. Удаление только сегмента большой подкожной вены на бедре у 4 (5,9 %) больных.

4. Рефлюкс крови по варикозно-расширенной малой подкожной вене у 8 (11,8 %) больных.

5. Изолированная варикозная трансформация притоков большой и малой подкожной вены у 10 (14,7 %) больных.

6. Заполнение варикозно-расширенных подкожных вен через несостоятельные перфорантные вены как самостоятельно, так и в сочетании с перечисленными выше причинами у 38 (55,9 %) больных. Среди них несостоятельность перфорантной вены Додда выявлена у 6 (8,8 %) пациентов, перфорантной вены Гунтера – у 3 (4,4 %) пациентов, перфорантной вены Бойда – у 2 (2,9 %) пациентов; безусловным лидером были перфорантные вены группы Кокета – 27 (39,7 %) пациентов. Весьма частой находкой у пациентов с рецидивными формами варикозной болезни является варикозно-трансформированная переднеарочная ветвь (вена Леонардо). В нашем исследовании такие причины рецидива были выявлены у 32 больных (47,1 %).

Как видно на диаграмме (см. рисунок), данные нашего исследования говорят в пользу приоритета сочетанных причин, среди которых превалирует несостоятельность перфорантных вен и неадекватность оперативных вмешательств в бассейне большой подкожной вены.

На наш взгляд, рецидив заболевания обусловлен, прежде всего, следующими тактико-техническими причинами.

1. Неверной оценкой или неполным знанием анатомии и гемодинамики венозной системы при варикозной болезни у каждого конкретного больного, в том числе вследствие неадекватного предоперационного обследования пациентов.

2. Некорректным выполнением хирургических вмешательств:

– оставление магистрального ствола большой подкожной вены на бедре или голени;



Рис. Соотношение причин рецидива варикозной болезни

- неправильный доступ к устью большой подкожной вены;
- шаблонный доступ к устью малой подкожной вены без учета вариабельной анатомии и данных цветного дуплексного сканирования;
- оставление длинной культы и притоков в устье большой подкожной вены;
- оставление длинной культы малой подкожной вены;
- оставление несостоятельных перфорантных вен.

3. Естественным прогрессированием заболевания.

4. Невыполнением рекомендаций в послеоперационном периоде по компрессионному режиму и венотонической терапии.

5. Отсутствием диспансерного наблюдения за пациентами с варикозной болезнью.

Мы используем комплексный подход к лечению рецидивных форм варикозной болезни. Он включает в себя морально-психологическую подготовку больного (с разъяснением причин, приведших к рецидиву, дальнейшей тактики, этапов лечения, возможностей современной медицины по решению данной проблемы), тщательное обследование на амбулаторном этапе с применением цветного дуплексного сканирования, квалифицированное оперативное лечение с учетом причин рецидива в каждом конкретном случае, компрессионный режим, венотоническая терапия на до- и послеоперационном этапе, физиотерапевтическое лечение, динамическое диспансерное наблюдение.

Всем 68 пациентам выполнялась оперативная коррекция в разном объеме в зависимости от причины рецидива. Следует отметить, что операции по поводу рецидива варикозной болезни технически более сложны и требуют высокой квалификации хирурга. Это связано с тем, что операция проводится в рубцово-измененных тканях и далеко не всегда известен объем предыдущего вмешательства, что требует тщательного изучения особенностей гемодинамики нижних конечностей. Основными задачами при всех вмешательствах мы определили для себя устранение рефлюкса из глубокой венозной системы в поверхностную и удаление расширенных подкожных вен.

При оставлении ствола большой подкожной вены (6 чел., 8,8 %), а также при варикозной трансформации малой подкожной вены (8 чел., 11,8 %) выполнялась флебэктомия по классической методике. Рецидивные варикозно измененные притоки на бедре и голени устраняли посредством минифлебэктомии.

При наличии патологической, гемодинамически значимой культы большой подкожной вены

(34 чел., 50,0 %) использовался широкий доступ по паховой складке. Манипуляции в этой области выполнялись с техническими трудностями, в условиях искаженной анатомии на фоне выраженного рубцового процесса, с максимальной осторожностью во избежание неконтролируемого венозного кровотечения. Лигирование культы производилось только после четкой верификации общей бедренной вены и всех вариабельно отходящих от нее варикозно измененных притоков. Конгломераты варикозно измененных вен в этой зоне удаляли после тщательного выделения до сообщения с основными венозными магистральями.

Во всех случаях с доказанной недостаточностью перфорантных вен, что отмечено у 38 человек (55,9 %), выполнялась их субфасциальная перевязка.

Больные с экзематизацией кожных покровов на догоспитальном этапе проходили курс лечения под контролем дерматолога. Оперативное лечение на венах выполнялось после купирования явлений экземы. Трем пациентам с активными трофическими язвами после корригирующей операции на венах через 3 нед. была выполнена аутодермопластика свободным расщепленным кожным лоскутом. У семи пациентов небольшие по размеру язвенные дефекты эпителизировались самостоятельно в ходе амбулаторных перевязок. 8 пациентам в отсроченном периоде (через 4–8 нед. после операции) проводилась микросклеротерапия.

Осложнений в раннем послеоперационном периоде не было. Отдаленные результаты изучены в 48 (70,6 %) случаях. У двух пациентов выявлен повторный рецидив варикозной болезни через 2 года после операции. В обоих случаях рецидив ликвидирован посредством минифлебэктомии.

С нашей точки зрения, основными направлениями по улучшению результатов лечения варикозной болезни и снижению количества рецидивов варикозной болезни являются:

- 1) изучение особенностей анатомии венозной системы нижних конечностей;
- 2) повышение квалификации хирургов;
- 3) обязательное предоперационное исследование глубокой, поверхностной венозной системы и коммуникантных вен методом цветного дуплексного сканирования, что позволяет составить дифференцированный, индивидуальный план лечения каждого больного;
- 4) тщательная обработка сафенофemorального и сафенопоплитеального соустьев с удалением ствола вены;

5) лигирование всех притоков, в том числе впадающих непосредственно в глубокую венозную систему;

6) ультразвуковое картирование и перевязка несостоятельных перфорантных вен;

7) в послеоперационном периоде – назначение венотоников, эластической компрессии конечности.

ВЫВОДЫ

1. Рецидивы варикозной болезни возникают в большинстве случаев вследствие ошибок, допущенных в ходе операции. Операции по поводу варикозной болезни должны выполняться квалифицированными хирургами после четкой верификации причины рецидива.

2. Всестороннее клиническое и инструментальное обследование пациентов при тесном взаимодействии со специалистами ультразвуковой диагностики с применением цветного дуплексного сканирования в случае развития рецидива варикозной болезни позволяет выбрать наиболее оптимальный метод хирургического лечения.

3. Выбор метода лечения рецидива варикозной болезни (повторная операция, флебосклерозирующая терапия) зависит от анатомических и физиологических предпосылок развития заболевания, социального и профессионального статуса больного, что предполагает выбор дифференцированной, индивидуальной тактики лечения.

4. Лечение больных с рецидивом варикозной болезни должно быть комплексным, вклю-

чающим, помимо инвазивных методов лечения, венотонические препараты и эластическую компрессию, соблюдение режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение, диспансерное наблюдение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Введенский А.Н. Варикозная болезнь. Л., 1983. 207 с.
2. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. и др. Флебология: Руководство для врачей. М., 2001. 664 с.
3. Кохан Е.П., Заварина И.К. Рецидивы варикозной болезни // Военно-медицинский журнал. 1989. (2). 29–32
4. Покровский А.В. Клиническая ангиология: Руководство в двух томах. М., 2004. 1400 с.
5. Варикозная болезнь вен нижних конечностей: Стандарты диагностики и лечения (совещание экспертов). М., 2000. 16 с.
6. Вилянский М.П., Проценко Н.В., Голубев В.В., Енукашвили Р.И. Рецидив варикозной болезни. М., 1988.
7. Dwerghouse S., Davies B., Harradine K., Earnshaw J.J. Stripping the long saphenous vein reduces the rate of reoperation for recurrent varicose veins: five-year results of a randomized trial // J. Vasc. Surg. 1999. 29. (4). 589–592.
8. Ellis H. Case Histories from the past: Benjamin Collins Brodie–Varicose Vein Surgery // Surgery. 1996. 14. (8).

RECURRENCE OF VARICOSE DISEASE. THE REASONS, METHODS OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT

**Vitaly Alekseevich SAFONOV, Denis Fedorovich GROMATSKY,
Sergey Vladimirovich NENAROCHNOV, Rustam Zahretdinovich SHEROV**

*«Russian Railways» Open Joint Stock Company Railway Clinical Hospital
on the Station Novosibirsk-Glavnyi
63003 Novosibirsk, Vladimirovsky spusk, 2a*

The article is devoted to one of the most common problems of surgical phlebology – varicose recurrence after surgical treatment of varicose disease of the lower extremities. Purpose: the identification of the most important factors of recurrence of varicose disease, the choice of optimum tactics in solving this problem according to own observations. Material and Methods: the results of clinical observation, examination and treatment of 68 patients with varicose recurrence after surgical treatment of varicose disease. The reasons, which lead to varicose recurrence are: technical errors during the surgical intervention; the natural progression of the disease; noncompliance of the recommendations in the postoperative period in a compression mode and venomotor therapy, the absence of regular medical check up of patients with varicose disease. Taking the results of this research into account, certain conclusions and recommendations have been made, which are aimed to improve the quality of surgical treatment of varicose disease of the lower extremities.

Key words: varicose disease, recurrence of varicose disease, surgical treatment of varicose disease, vascular surgery.

Safonov V.A. – head of department of vascular surgery

Gromatsky D.F. – cardiovascular surgeon

Nenarochnov S.V. – doctor of ultrasonic diagnostics of diagnostic center

Sherov R.Z. – cardiovascular surgeon of department of vascular surgery