

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ставер Е.В., Потапов М.П.

Ярославская государственная медицинская академия (150000, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5)

Проведен анализ результатов лечения 523 человек (784 нижних конечностей) после первичного лечения по поводу варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК). У 98 пациентов (102 нижних конечности) развился рецидив ВБНК вен нижних конечностей. Это составило 13 % от количества наблюдений. Вероятность рецидива увеличивалась 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.

Первые 2 года после первичного лечения чаще всего основной причиной рецидива являются технические и тактические ошибки (до 67 % от выявленных в этот период случаев). При последующем наблюдении на 3–4 год причинами рецидива оказались: неоваскуляризация, общие факторы (наследственность, ожирение, беременность и роды, гормональная контрацепция, образ жизни) или неясные причины.

В отдаленном периоде доля рецидивов по техническим и тактическим причинам не превышала 26 % от всех случаев. Случаи рецидива ВБНК по специфическим причинам в данном исследовании не рассматривались.

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

ANALYSIS OF THE CAUSES OF RECURRENCE OF VARICOSE VEINS OF LOWER EXTREMITIES

Staver E.V., Potapov M.P.

Yaroslavl State Medical Academy (st. Revolutionary, 5, Yaroslavl 150000)

The analysis of the results of treatment 523 people (784 limbs) after primary treatment for varicose veins (VV) of the lower extremities. In 98 patients (102 lower extremities) had relapsed VV leg veins.

This represented 13% of the number of observations. The likelihood of recurrence increases with the period of observation. At 1 year after surgery recurrence was found in 2.6% of cases; in two years - 2.9% -3.4% after three, the fourth - in 4.1% of cases. The first 2 years after primary treatment is most often the main cause of relapse are the technical and tactical errors (up to 67% of identified cases in this period).

At follow-up, the causes of recurrence at 3-4 years, often following reasons: neovascularization, common causes (heredity, obesity, pregnancy and childbirth, hormonal contraception, lifestyle) or unclear reasons. Proportion of relapses occurred in technical and tactical reasons do not exceed 26% of identified cases in this period.

With regard to the causes of reflux in the area of previous surgery, is still the leading place is occupied by technical errors (57%). Triggers the development of the recurrence or a combination thereof (heredity, obesity, lifestyle, hormonal contraception, pregnancy, hypokinesia) in patients with relapsing met the majority of patients (12 to 67%). Cases of recurrence VV of the lower extremities for specific reasons in this study were not considered.

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

В России различными формами ВБНК 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, сохраняется высокий уровень рецидива

заболевания после оперативных вмешательств – 15 до 70 % от числа оперированных больных [1,2]. По мнению большинства авторов, причинами рецидива ВБНК 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 ВБНК нередко приводят к прогрессированию хронической венозной недостаточности, крайним проявлением которой является венозная трофическая язва голени. Предлагаемые способы лечения рецидива ВБНК 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 ВБНК с использованием современных методик диагностики и лечения [7].

Цель исследования: установить причины рецидива ВБНК вен нижних конечностей после применения традиционной минифлебэктомии, ЭВЛК 960 нм и склерооблитерации на основании анализа результатов УЗИ в отдаленном периоде.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 523 пациентов (784 нижних конечностей) с ВБНК за период 2005–2009 гг., средний возраст которых составил $46 \pm 10,7$ 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_t-100%. В первичном лечении больных применялись хирургические методы, склеротерапия, ЭВЛК 960 нм с торцевым световодом 600 мкм или сочетание этих методов в зависимости от клинической ситуации. Объем операции определялся гемодинамическими изменениями (протяженность несостоятельного сегмента).

На этапе диагностики заболевания всем пациентам проводилось дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей ультразвуковым аппаратом PhilipsEnVisor и линейным датчиком 7,5-10 МГц, с использованием следующих режимов: 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 их обследования на догоспитальном этапе, повторно выполнялось ультразвуковое исследование вен нижних конечностей.

Результаты и обсуждение

Под рецидивом ВБНК 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 ВБНК. Это составило 13 % от количества наблюдений. Вероятность рецидива увеличивалась 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.

Оценка результатов УЗИ выполнялось врачом ультразвуковой диагностики с учетом мнения присутствующего во время исследования хирурга. Задача последнего заключалась в соотнесении ультразвуковых данных и данных клинического обследования, что позволило, на наш взгляд, привести в описательную часть протокола УЗИ важные элементы объясняющие суть проблемы с патогенетической точки зрения.

При этом в 8 % наблюдений выявлялись существенные отличия в результатах УЗИ, выполняемых в первичном звене, что существенно повлияло на выбор метода и тактики лечения. Эти отличия можно разделить по разным типам: гипердиагностика – описание клинически незначимых перфорантных вен; гиподиагностика – простое перечисление расширенных подкожных вен на ноге без указания источника и протяженности рефлюкса; неточная диагностика или неправильная трактовка данных – например, задняя аоральная вена в 34 % случаев врачом УЗИ на догоспитальном этапе принималась как сегмент БПВ на голени, или при наличии рефлюкса через вены малого таза – речь могла идти о притоках БПВ в зоне СФС.

С целью оценки рецидива ВБНК с анатомо-физиологических и патологических позиций использована классификация REVAS (табл. 1).

Таблица 1. Классификация рецидивов ВВ, разработанная группой REVAS

Т - 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-фemorальное соустье	20	19 %
3	Перфорант(ы) бедра	9	9 %
4	Сафено-поплитеальное 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 – имеется клиника ХВН (R+)		38	37 %
Клинически не значимый – отсутствие клиники ХВН (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 %

Неизвестный (нет информации о его наличии или отсутствии во время предыдущей операции)	85	83 %
Поражение стволов подкожных вен (может быть несколько значений)		
АК – большая подкожная вена выше коленного сустава	27	26 %
ВК – 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 или сидя	29	28 %

Чаще всего рецидивные варикозные вены локализовались на бедре (45 %), голени (42 %) и в паховой области (35 %), реже в подколенной ямке (13 %). При локализации рецидивных вен в верхней трети бедра причиной рецидива чаще были технические ошибки кроссэктомии и неоваскуляризация. В нижней трети бедра – обрыв ствола при стриппинге на уровне перфоранта или крупного варикса. На голени источником рефлюкса почти всегда являлся не ствол БПВ, а МПВ, задней арочной веной Лернардо или притоки подкожных стволов, связанные с перфорантными венами голени. Перфорантные вены на голени встречались лишь в 38 % случаев и лишь у трети больных рефлюкс по ним имел клиническое значение. Причем при проведении дополнительного изучения случаев клинически значимого рефлюкса по несостоятельным перфорантным венам голени было установлено, что почти во всех случаях имелся дополнительный вертикальный рефлюкс по задне-арочной вене Леонардо, МПВ или по крупным притокам идущим с бедра. Спорным остается вопрос о том, какой из рефлюксов является первичным [10].

Причинами рефлюкса в зоне предыдущей операции чаще являются технические ошибки (57 %): неправильно выполненная кроссэктомия, обрыв ствола во время стриппинга, а так же недостаточная мощность лазерного излучения (ЭВЛК 960 нм) или концентрация склерозирующего препарата. К тактическим ошибкам (10 %) следует отнести расширение

показаний для некоторых методов лечения (склеротерапия, ЭВЛК 960 нм), или использование неадекватных форм препарата (жидкая форма), а так же удаление лишь варикозно трансформированных вен на голени без выполнения кроссэктомии и стриппинга при несостоятельности сафено-фemorального соустья с рефлюксом по стволу БПВ. Провоцирующие факторы развития ВБНК, а также их сочетание (наследственность, ожирение, образ жизни, гормональная контрацепция, беременность, гипокинезия) имели место быть у большинства пациентов с рецидивом ВБНК (от 12 до 67 %). Случаи рецидива ВБНК по специфическим причинам в данном исследовании не рассматривались.

Выводы

1. Перед первичной и повторной операциями по поводу ВБНК ультразвуковая диагностика должна выполняться с участием хирурга, которому непосредственно предстоит выполнять оперативное пособие.
2. Частота выявления рецидивов ВБНК увеличивается вместе с увеличением сроков наблюдения. Рецидив из-за технических или тактических ошибок чаще проявляет себя в более ранние сроки по сравнению с общими причинами.
3. Сегмент БПВ на голени крайне редко является причиной рецидива ВБНК. Следует более объективно подходить к оценке значимости горизонтального рефлюкса на голени в патогенезе рецидива ВБНК.

Список литературы

1. *Аскерханов Р.К.* Выбор лечения первичного варикоза вен нижних конечностей // Вестник хирургии. 1984. № 6. С. 40-43.
2. *Веденский А.Н.* Варикозная болезнь. Л.: Медицина, 1983. 207 с.
3. *Золотухин И.А., Богачев В.Ю., Кузнецов А.Н., Кириенко А.И.* Недостаточность перфорантных вен: критерии и частота выявления // Реферативная флебология.
4. *Затевахин И.И. и др.* Вопросы сосудистой хирургии / Под ред. акад., проф. В.С.Савельева М., 1973. 200 с.
5. *Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И.* Флебология. М.: Медицина, 2001. 670 с.
6. *Стойко Ю.М., Гудымович В.Г., Замятина А.В.* Патологические аспекты рецидива варикозной болезни: стратегия и тактика современного лечения // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2007. № 2. С. 20-27.
7. *Bismuth J., Klitfod L., Sillesen H.* The Lack of Cardiovascular Risk Factor Management in Patients with Critical Limb Ischaemia // Eur. J. Vase. Endovasc.Surg. 2001. V.21. P. 143-

146.

8. *Dodd H., Cockett F. // The Pathology and Surgery of the Veins of the Lower Limb.*
Edinburg; London; New York, 1976. P. 67-68.

Рецензент-

Гужков О.Н., д.м.н., профессор, заведующий отделением Муниципального управления здравоохранения клиническая больница № 9, г. Ярославль.