

ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВОМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Небылицин Ю.С.¹, Лавринович И.В.¹, Павлов А.Г.², Чуешов В.А.³,
Трубачев А.В.³, Володькин В.В.⁴*

¹ООО «Доктор Профи»,

²УЗ «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко», г. Минск,

³УЗ «Витебская областная клиническая больница»,

⁴Клиника УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Хронические заболевания вен (ХЗВ) являются важной медико-социальной проблемой. В среднем 17% человеческой популяции имеет различные заболевания вен. Наиболее частым проявлением ХЗВ является варикозная болезнь (ВБ) нижних конечностей. Актуальность обусловлена, прежде всего, высокой распространённостью ВБ и её высокой частотой среди трудоспособного населения. В странах ЕЭС данным заболеванием страдают 19% мужчин и 36% женщин. Хотя методы диагностики и лечения ВБ и её осложнений хорошо разработаны, однако результаты лечения таких пациентов по-прежнему не удовлетворяют специалистов. Одной из проблем является лечение пациентов с рецидивом варикозной болезнью (РВБ) после проведенного оперативного лечения. До настоящего времени этот вопрос остается до конца нерешенным и чрезвычайно актуальным во флебологии. По данным различных исследователей, РВБ развивается у 5-80% оперированных пациентов. При этом наиболее высокий процент рецидива (до 60-80%) наблюдают после операций, выполненных в общехирургических стационарах. Рецидив заболевания, может приводить к прогрессированию заболевания, снижению качества жизни и вызывать серьезные осложнения.

Таким образом, точная диагностика причин рецидива заболевания и поиск современных подходов к лечению РВБ остаётся актуальной.

Цель. Проанализировать результаты лечения пациентов с рецидивом варикозной болезни путем применения дифференцированного подхода.

Материалы и методы. В исследование было включено 60 пациентов (мужчин – 27, женщин – 33) в период 2016-2022 гг. с диагнозом РВБ. Средний возраст пациентов составил $40,2 \pm 11,2$ г. ($M \pm \sigma$). По международной классификации CEAP пациенты распределились следующим образом: С2 выявлена у 20 (33,9%) пациентов, С3 – у 10 (16,9%), С4 – у 24 (40,7%), С5 – у 3 (5%), С6 – у 2 (3,5%). Длительность заболевания варьировала от 1 года до 18 лет.

Применялись клинические, лабораторные и инструментальные (ультразвуковое дуплексное ангиосканирование) методы исследования.

Результаты и обсуждение. При проведении инструментального обследования были выявлены причины РВБ: избыточная культя большой/малой подкожной вены (БПВ/МПВ) (более 5 см с впадением в нее

притоков) – 18 (30,5%), неоваскулогенез в области устья – 7 (11,9%), удаление только участка БПВ/МПВ – 10 (16,9%), оставление всего ствола БПВ/МПВ несмотря на анамнез и наличие послеоперационных рубцов – 6 (10,2%), реканализация БПВ/МПВ после эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК)/склеротерапии в течение 2-х лет – 7 (11,9%), несостоятельные перфорантные вены (Dodd, Hunter, Cockett) – 5 (8,3%), прогрессирование заболевания и остаточный варикоз – 7 (11,9%).

Причинами, которые привели к РВБ явились: недостаточно полная диагностика патологического процесса в предоперационном периоде, технически выполненное не в полном объеме оперативное вмешательство (оставление ствола БПВ/МПВ на бедре/голене, оставление длинной культи БПВ/МПВ, оставление притоков устья БПВ/МПВ, реканализация ствола БПВ/МПВ после ЭВЛК/склерохирургии, оставление несостоятельных перфорантных вен), прогрессирование заболевания.

Объем вмешательства определялся индивидуально и зависел от выявленных патологических рефлюксов и нарушений гемодинамики.

В нашем исследовании у пациентов были выполнены следующие оперативные вмешательства: повторная обработка устья, стриппинг, минифлебэктомия/локальная флебэктомия, склеротерапия, эндовенозная лазерная коагуляция под контролем УЗИ, перевязка перфорантных вен.

Следует отметить, что выполнение операций по поводу РВБ технически более сложно, поскольку они проводятся в рубцово-измененных тканях и не всегда хирургу известен объем предыдущего вмешательства. Следовательно, для достижения положительного результата выполнение данных вмешательств целесообразно проводить опытным хирургам в условиях специализированных отделений.

Выводы.

1. Рецидивы варикозной болезни в большинстве случаев возникли вследствие ошибок, допущенных в ходе первичных вмешательств.

2. Оперативные вмешательства по поводу рецидива варикозной болезни должны выполняться квалифицированными хирургами после уточнения гемодинамических нарушений.

3. Выбор метода лечения рецидива варикозной болезни должен быть дифференцированным с учетом выявленных патологических рефлюксов и состояния гемодинамики.