

Причины, профилактика и хирургическое лечение рецидива варикозной болезни

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цели: Настоящее ретроспективное исследование было направлено на установление возможных причин и профилактику развития послеоперационного рецидивного варикоза.

Методы: Проведен анализ медицинской документации (анамнез, клинический осмотр, протоколы операций и ультразвуковой доплерографии) 67 пациентов, оперированных по поводу рецидива варикозной болезни в 2007-2009 гг. в Минском городском центре сосудистой хирургии.

Результаты: За трехлетний период по поводу варикозной болезни обследованы и оперированы 1280 пациентов, из них с рецидивом было 67 (5.23%) пациентов. Средняя продолжительность развития послеоперационного рецидива составила 81.78 месяцев. Среди причин рецидива варикозной болезни у 14 (20.9%) пациентов отмечены несостоятельность сафено-фemorального соустья, резидуальная культя большой подкожной вены с явлениями неоваскуляризации – у 3 (4.5%), несостоятельность сафено-попliteального соустья – у 6 (8.9%), перфорантная недостаточность – у 23 (34.3%), рефлюкс по глубоким венам – у 7 (10.4%).

Выводы: Рецидив варикозной болезни может быть обусловлен несколькими причинами: неточной дооперационной диагностикой, прогрессированием заболевания, неадекватным первичным хирургическим пособием, нарушением венозной гемодинамики и неоваскуляризацией. Флебoхирургическому лечению должна предшествовать ультразвуковая диагностика, которая является надежным методом верификации несостоятельности сафено-фemorального и сафено-попliteального соустьев, клапанов поверхностных, перфорантных и глубоких вен нижних конечностей. Частота рецидивов варикозной болезни после хирургического лечения не имеет тенденции к снижению, что в 79,1% случаев связано с техническими погрешностями первичной операцией.

Ключевые слова: Рецидив варикозной болезни, неоваскуляризация, хирургическое лечение.

Вступление

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в хирургическом лечении варикозной болезни, послеоперационные рецидивы возникают, по данным разных авторов, в 5-80% случаев и являются актуальной проблемой хирургической флебологии [1-4]. До настоящего времени окончательно не решен вопрос о выборе лечебной тактики в отношении рецидивного варикоза, а повторные хирургические вмешательства могут приводить к целому ряду осложнений и значительно увеличивают финансовые затраты в сфере здравоохранения [5]. Развитие рецидива варикозной болезни может быть обусловлено неадекватной диагностикой и погрешностями первичного хирургического вмешательства, прогрессирующим характером заболевания, а также неустраненными

нарушениями венозного кровотока, преимущественно в перфорантных и глубоких венах нижних конечностей [6-9]. Нами проведено трехлетнее ретроспективное исследование, направленное на изучение причин рецидива варикозной болезни с целью последующей разработки профилактических и лечебных мероприятий при этой патологии.

Материал и методы

Проведен трехлетний ретроспективный анализ медицинской документации (анамнез, клинический сосудистый статус, протоколы операций и ультразвуковой доплерографии) пациентов с рецидивом варикозной болезни, оперированных на базе Минского городского центра сосудистой хирургии в период с 1 января 2007 года по 31 сентября 2009 года. Особое внимание уделялось изучению объема и характера выполненных повторных оперативных вмешательств, а также причин, вызвавших рецидив, на основании ультрасонографических и интраоперационных данных. Согласно клинической классификации СЕАР† пациенты распределились следующим образом: С2 – 31.6%, С3 – 28.9%, С4 – 23.7, С5 – 10.5, С6 – 5.3%. Проведение настоящего исследования было одобрено локальным комитетом по этике.

†Стадия 0, только симптомы заболевания без видимых варикозных вен; стадия 1, телеангиэктазии, ретикулярные вены, corona phlebectatica paraplantaris; стадия 2, варикозные вены; стадия 3, отек без кожных изменений; стадия 4, кожные осложнения (пигментация, экзема, липодерматосклероз); стадия 5, зажившая трофическая язва; стадия 6, открытая трофическая язва.

Результаты исследования

За трехлетний период по поводу варикозной болезни обследованы и оперированы 1280 пациентов, из них с рецидивом было 67 (5.23%) пациентов. Соотношение мужчин и женщин с рецидивным варикозом составило 0.8:1 соответственно, средний возраст – 50.7 ± 9.8 лет, длительность развития послеоперационного рецидива – 81.78 ± 10.41 месяцев (рисунк 1).

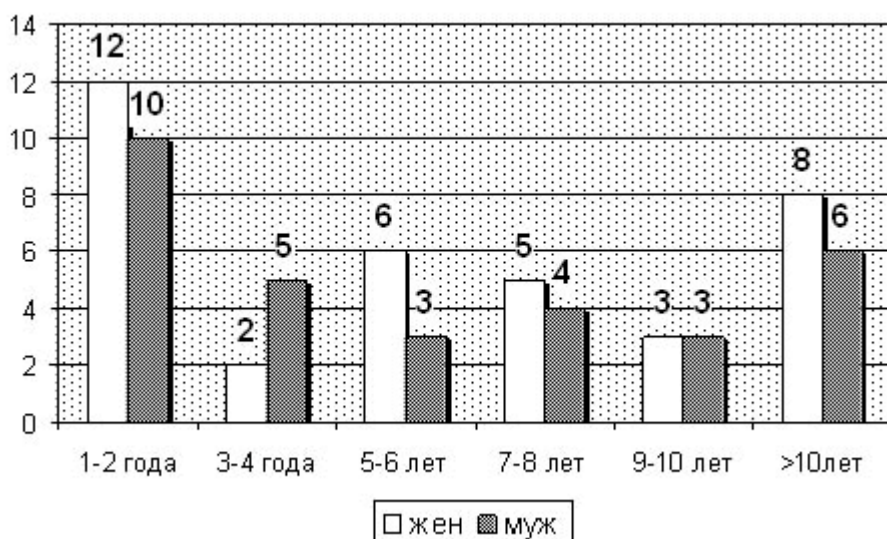


Рисунок 1 – Распределение пациентов по времени развития послеоперационного рецидива варикозной болезни

У 14 пациентов рецидив варикозной болезни был обусловлен несостоятельностью сафено-фemorального анастомоза, при этом у 11 больных длина резидуальной культы большой подкожной вены (БПВ) составила 11-50 мм, в трех случаях выявлены несостоятельные приустьевые притоки (*vena anterior superficialis circumflexa femoris* – 2, *vena epigastrica superficialis* – 1) (рисунок 2).

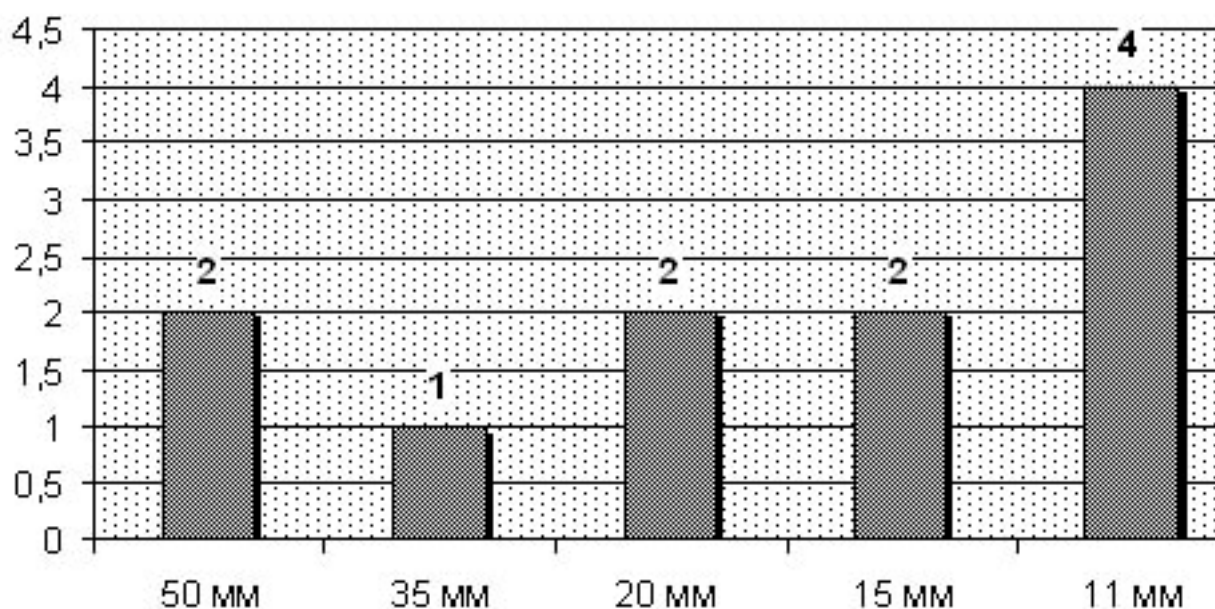


Рисунок 2 – Распределение пациентов в зависимости от длины резидуальной культы БПВ

Несостоятельность сафено-поплитеального или сафено-сурального анастомозов явилась причиной рецидива у 6 пациентов. Вертикальный поверхностный рефлюкс до уровня нижней трети бедра встретился у 4 больных, до уровня голени – у 6. Несостоятельность клапанов глубоких вен с клинически значимым рефлюксом (> 0.5 секунд) верифицирована у 7 пациентов. Перфорантная недостаточность имела место в 23 случаях, при этом несостоятельные перфорантные вены голени отмечены в 20, бедра – в трех наблюдениях (рисунок 3). Диаметр несостоятельных перфорантных вен был клинически значимым и составил 21-53 мм.

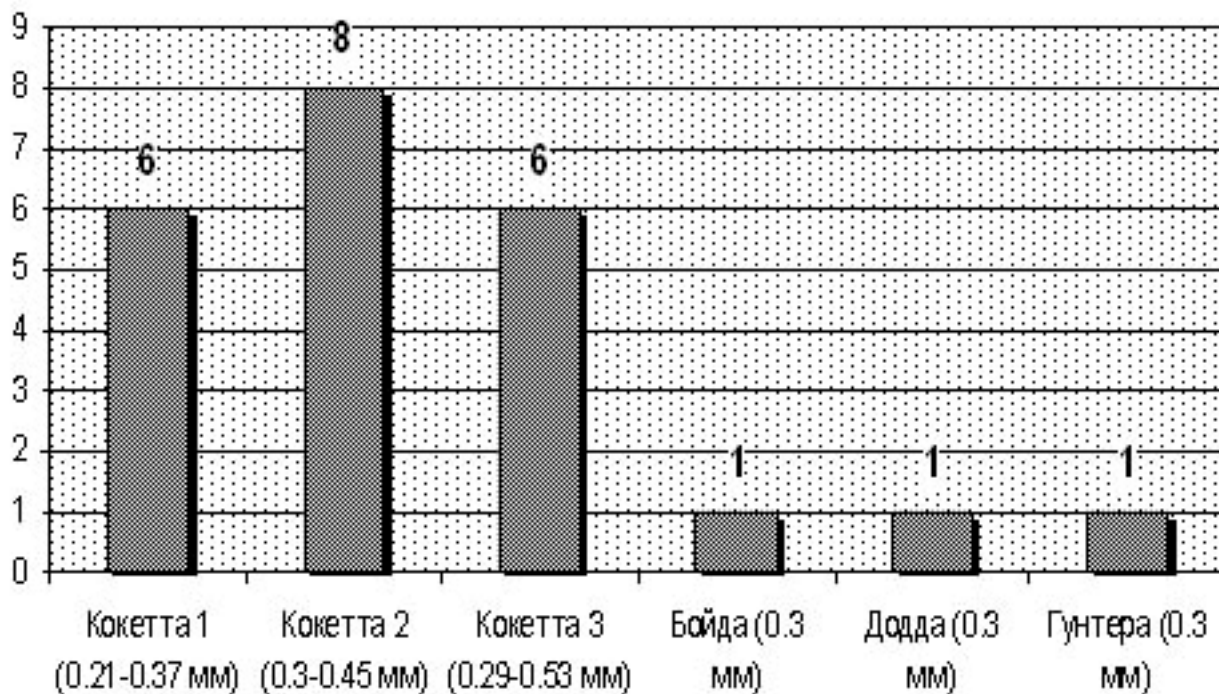


Рисунок 3 – Локализация и диаметр несостоятельных перфорантных вен
 Локализация поверхностных варикозных вен в двух случаях соответствовала передней поверхности голени; в 5, 21 и 7 случаях – медиальной поверхности бедра, голени, одновременно бедра и голени соответственно. По задней поверхности голени рецидивный варикоз встретился у 11 пациентов, бедра и голени – у 2. У трех пациентов варикозные вены были расположены на латеральной поверхности бедра, у 9 – на голени, у семи – одновременно на голени и бедре.

Объем хирургического вмешательства у 14 пациентов включал высокую приустьевую обработку, у 51 – стриппинг различных по протяженности участков резидуальной большой подкожной вены и/или ее притоков, у 23 – диссекцию перфорантных вен. Шести больным была выполнена изолированная обработка рецидива в системе малой подкожной вены. 5 пациентам выполнялись симультанные оперативные вмешательства по поводу рецидива на одной ноге и первичного варикоза на противоположной нижней конечности.

Таким образом, основными причинами рецидива варикозной болезни были резидуальная культя большой подкожной вены с явлениями неоваскуляризации, несостоятельность сафено-фemorального и сафено-поплитеального (-сурального) анастомозов, перфорантная недостаточность и вертикальный рефлюкс в глубоких венах (рисунок 4).

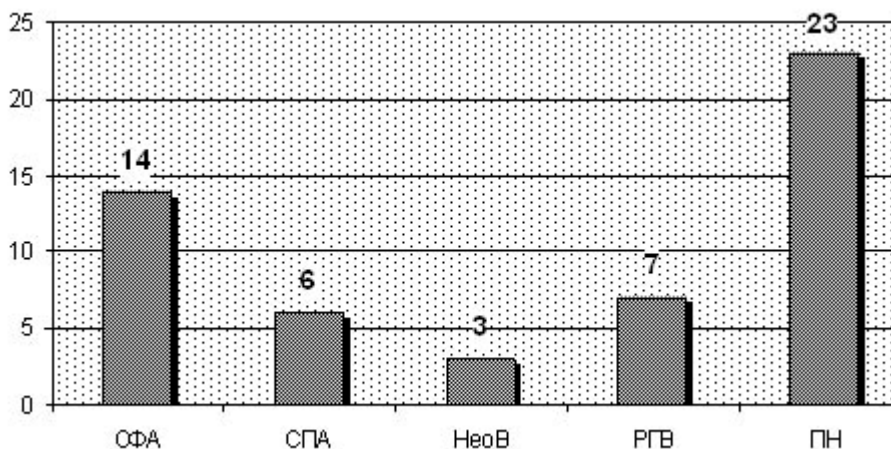


Рисунок 4 – Основные причины рецидива варикозной болезни. СФА, сафено-феморальный анастомоз; СПА, сафено-поплитеальный (-суральный) анастомоз; НеоВ, резидуальная культя БПВ, неоваскуляризация; РГВ, рефлюкс по глубоким венам; ПН – перфорантная недостаточность

Обсуждение

Варикозная болезнь нижних конечностей является распространенным заболеванием и встречается у 20-25% женщин и 10-15% мужчин [10]. Только в Великобритании ежегодно выполняется около 75 000 оперативных вмешательств по поводу этой патологии, однако и до настоящего времени остаются высокими цифры послеоперационного рецидива варикозной болезни. По данным Т.Kostas et al. (2004) не менее 25% флебохирургических вмешательств приходится на рецидивный варикоз [6]. Следует также отметить, что повторные хирургические вмешательства при рецидивах варикозной болезни, особенно в области пахового овального окна, являются достаточно травматичными, таят в себе опасность повреждения бедренных сосудов и гнойных осложнений [5, 7]. Как показывает собственный опыт, не менее чем в 79,1% случаев рецидив варикозной болезни был обусловлен недостаточной дооперационной оценкой венозной гемодинамики, что, в свою очередь, привело к техническим погрешностям при выполнении первичной операции. В остальных случаях развитие рецидива, вероятно, было связано с прогрессированием заболевания, что согласуется с данными зарубежных исследователей [7, 11]. По мнению G.Roscitano et al. (2003) основной причиной рецидивов варикозной болезни являются погрешности первичного хирургического вмешательства, при этом авторы придают большое значение профилю лечебного учреждения и подготовленности специалистов в области флебологии. Как считают J.J.Earnshaw et al. (1999), высокий процент рецидивов во многом обусловлен недостаточными знаниями и практическими навыками общих хирургов городских и региональных больниц, госпиталей, поликлиник, где и осуществляется лечение большинства этих больных [10]. Интенсивное развитие флебологии за последние 10-15 лет, широкое внедрение неинвазивной ультразвуковой диагностики, а также наличие специализированных флебологических и ангиохирургических стационаров и клиник внесли определенные позитивные изменения в столь неутешительную статистику. Таким образом, профилактика и лечение рецидивов варикозной болезни являются комплексной проблемой, основными решениями которой должны быть тщательная дооперационная диагностика и адекватное первичное хирургическое

пособие, своевременное и раннее выявление послеоперационных локальных патологических изменений и минимальноинвазивная их коррекция.

Использование в комплексном лечении всего арсенала не только хирургических, но и консервативных методов лечения (компрессионная и склеротерапия, венотонизирующие препараты, устранение факторов риска) позволит добиться хороших функциональных и косметических результатов, значительно повысить качество жизни у данной категории пациентов, а также эффективно предупреждать развитие последующих рецидивов.

Литература

1. Smith, J. J. Randomised trial of pre-operative colour duplex marking in primary varicose vein surgery: outcome is not improved / J. J. Smith [et al.] // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2002; 23: 336–43.
2. Fischer, R. Late recurrent saphenofemoral junction reflux after ligation and stripping of the greater saphenous vein / R. Fischer [et al.] // *J. Vasc. Surg.* 2001; 34:236–40.
3. Wali, M. A. Recurrent varicose veins / M. A. Wali [et al.] // *East Afr. Med. J.* 1998; 75:188–91.
4. Dwerryhouse, S. Stripping the long saphenous vein reduces the rate of reoperation for recurrent varicose veins: five-year results of a randomized trial / S. Dwerryhouse [et al.] // *J. Vasc. Surg.* 1999; 29:589–92.
5. Critchley, G. Complications of varicose vein surgery / G. Critchley [et al.] // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 1997; 79:105–10.
6. Kostas, T. Recurrent varicose veins after surgery: a new appraisal of a common and complex problem in vascular surgery / T. Kostas [et al.] // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2004; 27:275–82.
7. Blomgren, L. Recurrent varicose veins: incidence, risk factors and groin anatomy / L. Blomgren [et al.] // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2004; 27:269–74.
8. Van Rij, A. M. Recurrence after varicose vein surgery: a prospective long term clinical study with duplex ultrasound scanning and air plethysmography / A. M. Van Rij [et al.] // *J. Vasc. Surg.* 2003; 38:935–43.
9. Roscitano, G. Varicose vein recurrence after surgery of the sapheno-femoral junction: color Doppler ultrasonography study / G. Roscitano [et al.] // *Chir. Ital.* 2003; 35:893–6.
10. Earnshaw, J. J. *The Evidence for Vascular Surgery* / J. J. Earnshaw, J. A. Murie. Shrewsbury: tfm Publishing Limited, 1999.
11. Allaf, N. Recurrent varicose veins after inadequate surgery / N. Allaf, M. Welch. *Phlebology.* 2005; 20:138–140.