
С.А. СУШКОВ

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ РЕЦИДИВ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

УО «Витебский государственный медицинский университет»,

Республика Беларусь

В статье изложены современные подходы к диагностике и лечению рецидива варикозной болезни. Детально разобраны основные причины, приводящие к рецидивированию варикозного расширения вен. Показано, что улучшить результаты лечения можно путем принятия организационных мер, а также внедрения современных диагностических и хирургических технологий. Оперативные вмешательства по поводу рецидива должны выполняться только в специализированных отделениях и высоко квалифицированными хирургами. В предоперационном периоде необходимо проводить детальное исследование поверхностных и глубоких вен с использованием дуплексного ангиосканирования, флебографии для выяснения причин возврата заболевания и оценки гемодинамических нарушений. При оперативном лечении рецидива необходимо проводить коррекцию венозного кровотока во всех отделах мышечно-венозной помпы, а не ограничиваться простым удалением варикозно-расширенных вен.

Ключевые слова: варикозная болезнь, рецидив варикозного расширения вен, хроническая венозная недостаточность, лечение рецидива.

Up-to-date approaches to diagnostics and treatment of varicosity recurrence are given in the article. The main causes resulting in varicosity recurrence are investigated in details. It is demonstrated that the results of treatment may be improved by using organizational measures as well as by introducing up-to-date diagnostic and surgical techniques. Surgical interventions in case of recurrence must be performed only in the specialized departments by highly-qualified surgeons. In the pre-operative period it is required to carry out thorough investigation of the superficial and deep veins with the application of Duplex angio-scanning, phlebography to clear up the cause of disease recurrence and to evaluate hemodynamic disturbances. During surgeries it is necessary to make correction of the venous blood-flow in all sections of the muscular-venous pump without restricting oneself only to varicose veins removal.

Keywords: varicosity, varicosity recurrence, chronic venous insufficiency, recurrence treatment

Введение

Частота рецидива варикозной болезни (РВБ) после оперативного лечения, по данным разных авторов, варьирует от 12 до 80% [1, 2, 3, 4, 5]. В республике Беларусь ежегодно выполняется около 5 тысяч операций по поводу варикозного расширения вен (ВРВ) [6]. Нетрудно предположить, что количество больных, нуждающихся в повторной операции, велико. Это требует выработки рациональной тактики лечения

рецидива варикозной болезни.

Вопросами лечения РВБ занимались многие известные флебологи, однако кардинально проблему решить не удалось. Об актуальности этой темы свидетельствует тот факт, что в 1998 году в Париже ведущие европейские специалисты провели Согласительную конференцию, на которой было констатировано, что проблема рецидива варикозного расширения вен ещё далека от разрешения [7].

Терминология

По мнению А.В. Гавриленко с соавт. [8], разноречивые данные о частоте возникновения РВБ объясняются отсутствием единого взгляда на понятие РВБ. Многие делят рецидивы на «истинные» и «ложные», причем нередко вкладывая в эти понятия собственное видение. Так В.С. Мжельский с соавт. [9] под «истинным» рецидивом понимает возврат заболевания, обусловленный дефектами операции, а под «ложным» – возникновение РВБ вне зоны вмешательства. Другие, напротив, «ложным» рецидивом считают тот, который развился после нерадикально выполненной операции. Следует отметить, что деление на «истинные» и «ложные» характерно для советской хирургической школы и до настоящего времени применяется хирургами стран СНГ. Западные флебологи такую градацию не применяют. Эта позиция закреплена и в Согласительном документе, принятом в Париже. В нем рецидив определяется как развитие РВБ на конечности, ранее оперированной по поводу этой патологии [7]. Под данную формулировку попадают и «истинные» рецидивы РВБ, не удаленные во время первой операции, и «ложные», развившиеся в результате прогрессирования хронической венозной недостаточности (ХВН). В русскоязычной литературе, изданной в последние годы, многие авторы также отказываются от деления рецидивов на «истинные» и «ложные» [1, 10, 11]. Мы придерживаемся аналогичной точки зрения, т.к. в реальной клинической практике часто трудно точно разделить рецидив на «истинный» и «ложный». Рассмотрим несколько примеров.

Во время первой операции хирург удаляет основной ствол большой подкожной вены (БПВ) и варикозно-расширенные притоки на бедре, но при этом перевязка устья производится низко, сохраняются притоковые притоки. В последующем развивается рецидив, причиной которого явля-

ется высокий венозно-венозный сброс через сохранившиеся венозные сосуды сафено-фemorального соустья (СФС). На первый взгляд, очевидно, что причина рецидива – техническая ошибка. Однако притоковые притоки и впадающие в них поверхностные вены во время первой операции могли быть неизменными, а варикозная трансформация развилась только в послеоперационном периоде в результате сохранившегося патологического рефлюкса крови через соустье. В рассматриваемой ситуации рецидив наступил и в результате совершенной технической погрешности, и вследствие воздействия патогенетических механизмов, обуславливающих прогрессирование заболевания. Поэтому четко определить «истинный» или «ложный» рецидив невозможно.

Трудно также определить вид рецидива при варикозном расширении малой подкожной вены (МПВ). В случае, если во время первой операции хирург удаляет БПВ, а малую сохраняет, возможны два варианта. Первый – не выявлены начальные проявления варикозной трансформации МПВ, соответственно она не удаляется, и в послеоперационном периоде заболевание прогрессирует. При втором – МПВ во время первого вмешательства была неизменена, варикозная трансформация возникла в последующем, в результате действия патогенетических механизмов. В первом случае явная диагностическая ошибка, во втором хирург избрал объем операции правильный, а варикозное расширение развилось вследствие прогрессирования патологического процесса. Как видно, разграничить рецидив на «истинный» и «ложный» в описанной ситуации также невозможно.

Рассмотренные примеры, на наш взгляд, полностью подтверждают нецелесообразность применения терминов «истинный» и «ложный». Поэтому нам хотелось бы ещё раз подчеркнуть, что на современном этапе следует придерживаться определения, принятого на Согласитель-

ной конференции в г. Париже [7].

Рецидив варикозной болезни нижних конечностей – развитие варикозного расширения вен на конечности, ранее оперированной по поводу этой патологии.

Необходимо заметить, что, согласно определению, рецидив – это «**развитие варикозного расширения вен**», т.е. по сути, их новое появление. В клинической практике приходится сталкиваться с ситуациями, когда после операции просто остаются неудаленные ВРВ. Они выявляются сразу после вмешательства. Называть их рецидивом никак нельзя: это не развитие заболевания. Кстати, не всегда оставление таких вен является технической ошибкой. Некоторые флебологи для минимизации оперативного вмешательства рекомендуют выполнять сафенэктомию, а затем в послеоперационном периоде производить склерозирование оставленных притоков. Возникает необходимость четкой дифференциации таких вен. Поэтому абсолютно оправдано выделение остаточных или резидуальных вен [1, 11, 12]. Такое деление имеет важное практическое значение, так как будет определять диагностическую и лечебную тактику. В отличие от рецидива, при остаточных венах нет необходимости проводить углубленное обследование и вмешательства, направленные на коррекцию патогенетических сдвигов. Алгоритм лечения в таких ситуациях прост: необходимо произвести или локальную минифлебэктомию, или склерозирование остаточных ветвей.

Вынуждены коснуться мы и ещё одного вопроса. Традиционно рецидив ассоциируется с появлением ВРВ, но ведь заболевание характеризуется и наличием других синдромов (судорожно-болевого, отеочный, трофические нарушения). Во многих случаях через определенный промежуток времени после операции эти проявления заболевания начинают прогрессировать, причем у некоторых больных ВРВ отсут-

ствуют. Как расценивать такое состояние? Некоторые флебологи также называют его рецидивом [1, 13]. Предпринимаются даже попытки разделения на «рецидив варикозного расширения вен» и «рецидив варикозной болезни». Понимая логику авторов, все же заметим, что введение такого деления нежелательно, так как будет вносить серьёзную путаницу. В доступной нам литературе мы не нашли ответа на поставленный вопрос. Явно к настоящему времени он не решен. Поэтому в своей практической работе мы пользуемся понятием – «прогрессирующая хроническая венозная недостаточность».

Классификация

В литературе можно встретить различные классификации РВБ [1, 2, 14]. Большинство из них довольно громоздкие, так как авторы стремились учесть все аспекты развития заболевания: причины, характер и степень их выраженности, локализацию ВРВ, стадию заболевания и т.д. Возможно поэтому они и не получили широкого распространения. На согласительной конференции было предложено дополнить классификацию СЕАР, включив данные о локализации, причине и источнике рецидива ВРВ, величине рефлюкса, а также о возможных факторах риска [7]. Однако, если проанализировать публикации, изданные позже, широкой поддержки эта новация не встретила. Поэтому следует констатировать, что в настоящее время единой общепризнанной классификации РВБ нет.

Причины

Для выбора тактики лечения больных необходимо четко представлять причины РВБ. Большинство авторов к ним относят погрешности хирургической техники, часто встречающиеся в неспециализированных учреждениях и заключающиеся в нерадикальности оперативного вмеша-

ства [1, 2, 3, 15, 16, 17]. Однако развитие РВБ возможно и при абсолютно правильно выполненной операции. Обусловлено это прогрессированием заболевания. Данное обстоятельство не всегда учитывается. По мнению Ю.Л. Шевченко с соавт. [1], признание очевидной технической ошибки как причины рецидива заслоняет другую, скрытую, но не менее важную причину, обуславливающую прогрессирование заболевания. Ряд авторов считают, что причиной рецидива могут быть некоррегированные во время первой операции или вновь развившиеся изменения венозной гемодинамики [4, 11, 18].

Обобщая вышеизложенное, можно констатировать, что причинами развития РВБ являются неадекватность первичного лечения и сохранение патогенетических механизмов, обуславливающих прогрессирование заболевания.

Неадекватность первичного лечения может быть обусловлена тремя моментами:

- неправильной оценкой характера патологии перед первой операцией;
- незавершенностью предопределенного плана вмешательства;
- техническими погрешностями при выполнении операции.

Практически все авторы в качестве основной причины РВБ выделяют неполную предоперационную диагностику. Подавляющее большинство оперированных нами пациентов с рецидивом указывали, что перед первой операцией обследование ограничивалось осмотром и в некоторых случаях проведением функциональных проб. Несомненно, такая диагностика вряд ли позволит детально оценить характер имеющейся патологии. Неполное предоперационное обследование, в свою очередь, ведет к выполнению недостаточного по объему вмешательства.

Ошибки технического характера обусловлены, главным образом, незнанием вариантов строения венозной системы ко-

нечности, неполным пониманием особенностей гемодинамических нарушений, развивающихся при ВБ, неправильным выбором доступов, несоблюдением правил выполнения некоторых оперативных приёмов. Понятно, что всё это обусловлено низким уровнем подготовки оперирующих врачей в данном разделе хирургии.

Вторая основная причина РВБ – сохранение патогенетических механизмов, обуславливающих прогрессирование заболевания. Многие исследователи склоняются к тому, что обусловлено это вновь возникающими вено-венозными рефлюксами и соответственно изменением венозной гемодинамики. Мысль абсолютно правильная, но это все же следствие, а не причина, кроющаяся в сути самого заболевания. Варикозная болезнь – это прогрессирующее дегенеративное заболевание, на этиологические и патогенетические звенья которого мы не можем воздействовать только оперативными приемами. Поэтому всегда есть вероятность, что через некоторое время после вмешательства, под воздействием сохранившихся механизмов этиопатогенеза, произойдет варикозная трансформация оставшихся поверхностных вен, а также и перестройка стенки перфорантных и глубоких вен.

Следует отметить, что на практике обе описанные причины часто трудно разграничить. Так практически невозможно однозначно установить, был ли недостаточный перфорант подвергнут обработке во время первой операции, или его недостаточность развилась в послеоперационном периоде?

Описанная градация причин рецидива носит этиопатогенетический характер. Для практической работы не менее важное значение имеет другая классификация.

Большинство авторов выделяют четыре основные причины рецидива [1, 2, 3, 5, 12, 19, 20]:

- неадекватная обработка большой под-
кожной вены;



Рис. 1. Ретроградная бедренная флебография Больная С. с рецидивом варикозного расширения вен. 1 – сохранившаяся большая подкожная вена.



Рис. 2. Ретроградная бедренная флебография Рецидив варикозного расширения вен. Расширение приустьевых притоков после неадекватной обработки сафено-фemorального соустья.

- неадекватная обработка малой подкожной вены;
- недостаточность перфорантных вен;
- недостаточность глубоких вен.

Именно они наиболее часто являются основой гемодинамических нарушений, развивающихся при рецидиве заболевания.

Неадекватно обработанное устье выявляется у 43–66% больных, оперированных по поводу рецидива, а у 3,8–10% пациентов находят не удаленные стволы БПВ [1, 3, 13, 21, 22, 23]. Анализ собственного материала также показал, что это один из самых часто встречаемых дефектов. Неадекватно обработанное устье мы выявили в 61% случаев, а в 22% на бедре не были удалены стволы БПВ. Очевидно, что эту причину рецидива можно отнести к грубым техническим ошибкам, допущенным во время первичной операции. Ряд авторов [15, 23, 24, 25] указывают на большую частоту неправильной обработки СФС при выполнении вмешательства в неспециализированных учреждениях, а также молоды-

ми хирургами. С этим мнением нельзя не согласиться. В своей практике мы несколько раз сталкивались со случаями, когда у больных с рецидивом имелись послеоперационные рубцы в типичных местах, в том числе в паховой области, позволяющие предположить, что ранее больным выполнялась радикальная флебэктомия, при этом во время обследования и операции находили интактное соустье и основной ствол БПВ (рис. 1). Однако чаще приходилось сталкиваться с ситуациями, когда имелась длинная культя, длиной от 2 до 7 см, с интактными приустьевыми притоками или оказывались сохраненными 1 или 2 притока (рис. 2.). Очень часто, в 80,95 % случаев, необработанными оказывались добавочные латеральная и медиальная вены. Нередко выявлялись неудаленные дополнительные стволы БПВ (рис. 3).

Если во время первой операции устье БПВ перевязывается дистальнее притоков, то ретроградный поток крови из бедренной вены попадает в культю, и под его воз-



Рис. 3. Ретроградная бедренная флебография. Рецидив варикозного расширения вен. Сохранившийся дополнительный ствол большой подкожной вены.

действием они начинают расширяться, постепенно подвергаются варикозной трансформации и впадающие в них более мелкие вены (рис. 4). Рецидив возникает довольно быстро. Очевидно, что при оставлении или основного, или дополнительных стволов БПВ, полностью сохраняются механизмы, приведшие к заболеванию.

При неадекватной обработке устья БПВ, как правило, имеются конгломераты резко расширенных извитых вен на бедре. Мы сопоставили интраоперационные находки с локализацией ВРВ. У всех пациентов с сохранными стволами измененные вены располагались в основном по медиальной поверхности бедра. При неадекватной обработке добавочной латеральной вены они локализовались на наружной поверхности бедра и голени. В случаях расположения измененных вен на внутренней поверхности бедра обычно выявлялась длинная культя большой подкожной вены с неперевязанным добавочным медиальным притоком. При локализации ВРВ, в в/3 бедра выявлялись неперевязанные повер-

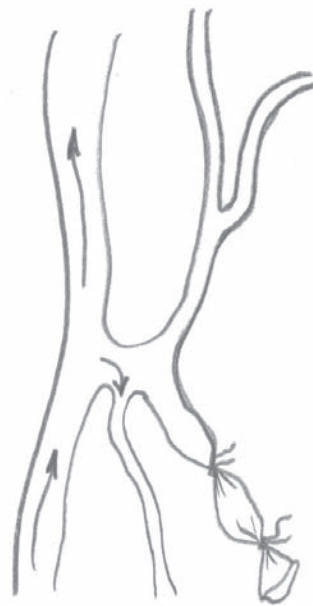


Рис. 4. Ретроградный кровоток в культю большой подкожной вены

хностная огибающая подвздошная вена, поверхностная надчревная вена, наружная срамная вена. Учитывая, что очень частой причиной рецидива является неадекватное вмешательство на проксимальной части БПВ, мы сочли необходимым детально рассмотреть типичные ошибки.

Основной предпосылкой к ошибочным действиям хирурга является неправильный доступ к СФС. Практически в единичных случаях мы встречали пациентов с рецидивом, у которых во время первой операции применялся паховый или надпаховый доступы. Известно, ими преимущественно пользуются в специализированных стационарах, а хирурги общего профиля их опасаются. В большинстве наших наблюдений применялся косопродольный разрез или подпаховый доступ. Причем чаще всего второй. Обычно послеоперационный рубец располагался параллельно на 5–7 см ниже паховой связки. Именно такие низкие разрезы существенно затрудняют выделение устья, располагающегося на уровне или выше паховой складки.



Рис. 5. Неоваскуляризация в области сафено-фemorального соустья

Неправильный выбор доступа влечет за собой другие технические погрешности. Нередко хирург не может четко обнажить СФС, идентифицировать его притоки. Такие проблемы чаще возникают у неопытных операторов. Мы обратили внимание на то, что многие хирурги общего профиля оправданно опасаются повреждения глубоких сосудов, но следует отметить – это не должно быть причиной отказа от тщательного выделения соустья и его притоков. К сожалению, иногда хирург, боясь контакта с проксимальной частью соустья, находит не основной ствол БПВ, а принимает за него крупный приток. В таком случае останется интактным не только устье, но и сама БПВ на бедре. Ещё чаще по этой причине не выявляются и не перевязываются типичные проксимальные притоки.

Однако, на наш взгляд, нельзя сводить все причины неадекватной обработки соустья к описанным. Даже опытный хирург может на этом этапе операции столкнуться с трудностями дифференцировки сосудистых структур. Из-за большой вариабельности строения поверхностной системы часто приходится встречаться с атипичны-

ми вариантами формирования устья, наличием дополнительных вен, впадением притоков непосредственно в бедренную вену. Поэтому избежать оставления морфологического субстрата для будущего рецидива можно только путем детального до- и интраоперационного исследования области овального отверстия. Знание хирурга о возможности наличия атипичного строения зоны соустья позволит снизить вероятность оставления необработанных притоков.

Несколько слов следует сказать о ещё одной причине рецидива, связанной с зоной СФС. В последнее время появились работы о неоваскуляризации в области овальной ямки [4, 5, 26]. О ней говорят, когда в зоне СФС выявляются мелкие сосуды, соединяющие поверхностные вены с глубокими. Представляют они собой сильно извитые, змееобразные, тонкие сосудистые образования. Интересное исследование провел E. Turton et al. [4]. 46 пациентам была произведена стандартизированная обработка СФС. Через 1 год в 2 случаях автор выявил неоваскулогенез. С ситуацией, похожей на неоваскуляризацию, мы столкнулись в двух случаях, причем это было на двух конечностях у одной пациентки. Мнения о природе такого рецидива расходятся. Имеются сторонники идеи, что сосуды в зоне овального отверстия являются вновь образованными [4, 5, 26, 27], поэтому и называется это явление «неоваскуляризацией». Нам кажется более правильным мнение В.С. Савельева с соавт. [3], считающего, что никаких новых сосудов не образуется, а варикозную трансформацию претерпевают мелкие вены, собирающие кровь от подкожной клетчатки паховой области и сообщающиеся непосредственно с притоками бедренной вены (рис. 5).

Очень часто у больных с рецидивом имеется варикозное расширение в системе МПВ. Мы выявили его у 30 % оперированных больных. Выше уже рассматривались возможные причины рецидива, когда

при первичной операции МПВ остается интактной, поэтому повторно останавливаться на них не будем. Рассмотрим вариант, когда уже предпринималась попытка удаления МПВ. Высокая частота рецидивов в этом случае предопределена анатомическими особенностями МПВ. Напомним, что в отличие от БПВ место впадения малой менее постоянно. Это обстоятельство часто забывают оперирующие хирурги, ограничиваясь её удалением только до подколенной ямки. Поэтому при нетипичной локализации сафено-попliteального соустья (СПС) остается большая культя с впадающими притоками, которые и становятся морфологическим субстратом будущего рецидива. Неликвидированный сафено-попliteальный рефлюкс в последующем приводит к их варикозной трансформации. У пациентов в этом случае в подколенной ямке формируется конгломерат измененных вен. Избежать такой ошибки можно, точно топирав устье МПВ во время ультразвукового исследования.

Несостоятельные перфоранты выявлены нами у 87% больных с рецидивом. Можно уверенно сказать, что это наиболее часто встречаемая причина рецидивов. Пациенты, у которых мы не выявили несостоятельные перфоранты, имели ВРВ в верхней трети бедра, и причиной рецидива являлось неадекватно обработанное устье. Во всех случаях локализации вен в средней и нижней третях бедра, а также на голени выявляются несостоятельные перфорантные вены. Количество их варьирует и зависит как от варианта строения венозной системы, так и от особенностей выполнения первой операции.

Если не пытаться объяснять высокую частоту встречаемости несостоятельности перфорантных вен при рецидивах только прогрессированием заболевания, то можно сделать несколько замечаний. Конечно, невозможно во время первичной операции перевязать все перфоранты на нижней конечности, и всегда существует вероятность,

что состоятельные вены станут несостоятельными. Однако это обстоятельство не должно создавать чувство безысходности при оперативном лечении и тем более быть оправданием технических погрешностей.

Нередко можно встретить больных, у которых локализация послеоперационных рубцов позволяет предположить, что оперирующий хирург ограничился только сафенэктомией, а в зонах типичной локализации, наиболее значимых для патогенеза заболевания перфорантов, никакой ревизии не проводил. Подтверждением явной технической ошибки является быстрое появление рецидива. Иногда несостоятельные перфоранты выявляются непосредственно в зоне послеоперационного рубца, объяснять такую ситуацию прогрессированием заболевания тоже некорректно. Очевидно, что хирург не провел качественную ревизию надфасциального пространства в этой зоне.

Профилактика РВБ, обусловленного несостоятельными перфорантными венами, базируется, в первую очередь, на качественной дооперационной диагностике. Существенно расширяет возможности ультразвуковое ангиосканирование. В то же время хотелось бы подчеркнуть, что тщательное клиническое обследование, основанное на знании типичной локализации и совмещенное с целеустремленностью хирурга, позволяет также значительно уменьшить вероятность оставления несостоятельных перфорантов во время операции.

Ни у кого не вызывает сомнения, что нормальный венозный отток осуществляется благодаря функционированию клапанов глубоких вен. В то же время мнения исследователей о роли их недостаточности в патогенезе РВБ расширения разделились. Одни выделяют её как одну из важных причин возврата заболевания [1, 10, 18, 28, 29], другие высказывают или сомнение [17], или полностью отрицают её роль в развитии рецидива [30, 31].

Изменения вен нижних конечностей у больных с рецидивом варикозной болезни

Характер изменений	Число наблюдений	
	1 группа (24 больных)	2 группа (56 больных)
Длинная культя большой подкожной вены	19 (79,17%)	32 (57,14%)
Расширенный ствол большой подкожной вены	7 (29,17%)	11 (19,64%)
Расширение малой подкожной вены	2 (8,33%)	23 (41,07%)
Несостоятельность перфорантных вен	16 (66,67 %)	55 (98,21 %)

Учитывая некоторую противоречивость литературных данных, мы провели собственное исследование, целью которого являлось выяснение роли клапанной недостаточности глубоких вен в патогенезе рецидива варикозной болезни нижних конечностей. В работу было включено 76 больных с РВБ. Больным проводилось клиническое и инструментальное обследование. При физикальном исследовании выявляли локализацию и распространенность ВРВ, определяли степень венозной недостаточности. Одновременно устанавливались сроки развития рецидива и оценивался характер течения заболевания после ранее проведенного оперативного лечения. Всего обследовано 80 конечностей. Для оценки состояния глубоких вен производились ультразвуковое и флебографическое исследование. По результатам инструментального обследования больные были разделены на 2 группы: 1 группа – 24 (30%) пациента с состоятельным клапанным аппаратом глубоких вен; 2 группа – 56 (70%) больных с недостаточностью клапанов глубоких вен. Все больные были оперированы. Во время операции данные предоперационного обследования сопоставлялись с интраоперационными находками. В итоге определялись причины, приведшие к рецидиву заболевания. Сводные данные о выявленных изменениях вен нижних конечностей представлены в таблице 1.

В обеих группах основными причина-

ми рецидива являлись неадекватно обработанное устье БПВ, оставление стволов поверхностных вен, несостоятельность перфорантов. Следует отметить, что перечисленные причины в большинстве случаев встречались в различных сочетаниях (рис. 6). В то же время необходимо отметить, что частота их встречаемости существенно отличается. У больных с интактным клапанным аппаратом глубоких вен наиболее часто причинами рецидива являются неадекватная обработка устья БПВ, оставление её основных или дополнительных стволов, т.е. технические ошибки первичных операций. Эктазия МПВ и несостоятельные перфоранты у этой категории пациентов встречаются существенно реже, чем у больных 2 группы.

У больных с недостаточностью глубоких вен также часто выявлялась длинная культя БПВ и её оставленные основные или дополнительные стволы на бедре. Однако их доля среди причин рецидива существенно ниже, чем в первой группе. Обращает внимание то, что у больных с клапанной недостаточностью глубоких вен намного чаще выявлялись несостоятельные перфорантные вены.

Если неадекватно обработанное устье и оставленный ствол подкожной вены, несомненно, являются дефектами первой операции, то несостоятельность перфорантов нельзя однозначно относить к техническим погрешностям. Высокая частота вы-

явления несостоятельных перфорантов у больных с недостаточностью клапанного аппарата, на наш взгляд, свидетельствует о роли именно этого патологического фактора в патогенезе РВБ.

Необходимо отметить существенную разницу и в характере течения заболевания в двух сравниваемых группах. Обращает на себя внимание то, что у больных с недостаточностью клапанов глубоких вен у 69,64% пациентов в послеоперационном периоде отмечено нарастание признаков ХВН. У пациентов с состоятельным клапанным аппаратом заболевание протекало более благоприятно, и прогрессирование венозной недостаточности отмечено только в 2 (8,33%) случаях.

Полученные данные свидетельствуют о том, что клапанная недостаточность глубоких вен играет существенную роль в развитии РВБ и прогрессировании ХВН. Механизм, по нашему мнению, может быть следующим. После удаления поверхностных вен емкость венозной системы нижней конечности существенно уменьшается. Если в результате ретроградного кровотока до операции часть крови сбрасывалась через СФС в расширенные поверхностные вены, то после неё, она в большем объеме устремляется в дистальном направлении через несостоятельные клапаны бедренной вены. Именно увеличение объема ретроградного рефлюкса приводит к эктазии СПС и всей МПВ, а также несостоятельности перфорантов. Описанные гемодинамические сдвиги способствуют и прогрессированию признаков венозной недостаточности.

Завершая описание причин РВБ, хотелось бы остановиться на ещё одной, редко упоминаемой в публикациях. По мнению Ю.Л. Шевченко с соавт. [1], до настоящего времени недостаточно внимания уделяется оценке роли вен стопы в механизмах рецидива расширения поверхностных вен голени. Мы с этой позицией абсолютно согласны. Часто оперирующие хирурги,



Рис. 6. Рецидив варикозного расширения вен. Несостоятельность клапанов бедренной вены и расширение приустьевых притоков после неадекватной обработки сафено-фemorального соустья.

удалив ВРВ на голени, оставляют изменённые на стопе, почему-то рассчитывая, что они самостоятельно спадутся. В действительности так не происходит. Обусловлено это тем, что после удаления поверхностных вен на голени полной переориентации оттока крови из стопы в глубокие вены не происходит. Кровь, частично оттекающая через сохранившиеся поверхностные вены, будет поступать со стопы на голень, поддерживая локальную гипертензию, которая и станет пусковым механизмом для дальнейшей варикозной трансформации ранее неизмененных вен. Избежать этого можно только путем удаления ВРВ на стопе.

Основные принципы диагностики и лечения РВБ

Диагностика. Основными задачами диагностики при РВБ являются:

– выявление основных нарушений венозной гемодинамики;

– поиск причин неудачного исхода первичной операции.

Как и при первичном варикозном расширении, принято выделять три уровня диагностики [7]:

I уровень – клиническое обследование;

II уровень – неинвазивные инструментальные методы;

III уровень – инвазивные диагностические технологии.

Не следует принижать роль клинического обследования. Тщательный сбор анамнеза, особенно послеоперационного, осмотр, пальпация позволяют предположить причины развития рецидива, оценить степень венозной недостаточности. В то же время следует отметить, что получаемой при этом информации недостаточно для решения вопроса о тактике лечения. Поэтому основой диагностической программы должны стать исследования II и III уровней.

Методом выбора является дуплексное сканирование. Оно позволяет определить, имеется ли несостоятельность клапанов глубоких вен, соустьев и перфорантных вен, выявить и оценить большинство патологических рефлюксов. Принципиально алгоритм его не отличается от обследования при первичном варикозном расширении. Особенностью ультразвукового исследования при рецидиве является обследование зоны СФС. Культия БПВ вены визуализируется как трубчатая структура с эконегативным просветом, приустьевые притоки выглядят как конгломерат извитых и расширенных сосудов с доплерографическим венозным сигналом. Дифференцировать их в большинстве случаев затруднительно. Следует помнить, что иногда при ультразвуковом исследовании не удается выявить неадекватно обработанное устье БПВ. По данным J. Venabou et al. [32], с такой ситуацией при дуплексном ангиосканировании приходится сталкиваться в 5% случаев. Ещё большие трудности возникают в случаях, когда не произведена обработка отдельных

приустьевых притоков.

Широкое внедрение ультразвуковых методов диагностики существенно снизило значимость рентгенологического исследования. Однако при РВБ выполнение флебографии во многих случаях целесообразно [1, 7], так как именно сочетание ультразвукового и рентгенологического исследований позволяет наиболее полно составить представление о состоянии венозного русла. Обязательно оно производится при планировании операций на клапанах глубоких вен. Основным методом является ретроградная флебография.

В заключение следует отметить, что успех операции при рецидиве зависит не только от профессионализма оператора, но и от владения им наиболее полной информацией о состоянии венозного русла. Поэтому предоперационное обследование должно проводиться очень тщательно. Если же в лечебном учреждении нет возможности выполнить ультразвуковое сканирование и флебографию, то от оперативного лечения этой категории больных следует отказаться.

Оперативное лечение. Определение показаний к оперативному лечению РВБ – сложная задача и должно осуществляться, исходя из результатов физикального и инструментальных исследований [7]. На наш взгляд, абсолютными показаниями являются:

– наличие явных технических погрешностей первичной операции (неадекватная обработка сафено-фemorального и сафено-поплитеального соустьев, оставленные основные стволы подкожных вен и т.д.);

– недостаточность клапанов глубоких вен;

– прогрессирование хронической венозной недостаточности.

Наличие отдельных варикозно-расширенных ветвей мы расцениваем как относительное показание к вмешательству. В такой ситуации оправдано как выполнение локальной флeбэктомии, так и проведение

склеротерапии.

Лечение рецидива должно проводиться с соблюдением тех же принципов, что и первичного варикоза. Необходимо проводить коррекцию венозного кровотока во всех отделах мышечно-венозной помпы, а не ограничиваться простым удалением ВРВ. В зависимости от выявленных нарушений, оно будет включать удаление поверхностных вен, устранение патологических рефлюксов через соустья и перфоранты, коррекцию кровотока в глубоких венах.

Оперативные вмешательства при рецидиве имеют некоторые особенности. Все они, в основном, связаны с устранением технических погрешностей первичной операции. Хотелось бы подчеркнуть, что выбор рационального объема повторной операции должен быть индивидуальным. Здесь нет стандартных схем. Из-за многообразия морфологических изменений, развивающихся после первичной операции, план операции составляется с учетом клинической картины, данных инструментальных исследований.

Некоторые авторы рекомендуют начинать операцию с ревизии СФС [1]. В настоящее время нет необходимости обязательно выполнять это требование. Мы считаем, что ревизия показана только при сомнительных результатах ультразвукового ангиосканирования этой зоны и наличии ВРВ в паховой области, а также на бедре. Если же при обследовании выявлена длинная культя БПВ или функционирующие притоки в области овальной ямки, то операция обязательно начинается в этой зоне.

Вмешательства на культе БПВ не могут считаться легкими. Выраженный рубцовый процесс резко затрудняет хирургу поиски соустья и необработанных притоков. Поэтому повторное вмешательство должно выполняться хирургом, владеющим техникой операций на сосудах. Для повторной обработки устья предложено несколько доступов: надпаховой, паховый, косоподольный. Разные авторы отстаивают це-

лесообразность применения одного из них. Однако работ, посвященных сравнительным исследованиям их преимуществ, мы не нашли.

Для доступа к устью БПВ при рецидиве предпочтение следует отдавать косоподольному разрезу. На наш взгляд, он является наилучшим по нескольким причинам. Во-первых, у многих больных с рецидивами возникает необходимость выполнять экстравазальную коррекцию клапанов бедренной вены. Во-вторых, при возникновении технических трудностей, а при рецидивах они бывают нередко, из этого доступа легко мобилизовать бедренную вену. Паховый доступ можно применять при культе длиной, определенной при ангиосканировании, более 3–5 см. Обычно в таких ситуациях место впадения типичных приустьевых притоков остается интактным, что позволяет без особых трудностей выделить само соустье.

К сожалению, при вмешательствах на культе БПВ прослеживается неприятная закономерность: чем тщательнее хирург во время первичной операции выполнял выделение и перевязку соустья, тем с большими трудностями придется столкнуться при повторной операции. При очень маленькой культе, а тем более при наличии только отдельных неперевязанных притоков очень тяжело их выделить, и велика опасность повреждения глубоких сосудов. И все же отказаться от перевязки притоков по понятным причинам нельзя. В упомянутых случаях «неоваскуляризации» нам пришлось мобилизовать бедренную вену и только потом удалось перевязать впадающие мелкие сосуды. При «неоваскуляризации» некоторые флебологи [27] рекомендуют закрывать бедренную вену специальной заплатой. Убедительных данных о пользе этого приема мы не нашли. Завершается этот этап тщательной ревизией пространства на максимально возможном расстоянии от овальной ямки. Нередко можно найти ещё дополнительные веноз-

ные сосуды, которые также подлежат лигированию.

Не меньшие трудности возникают и при обработке культи МПВ. Конгломерат узлов в подколенной ямке препятствует четкой визуализации СПС. Для выделения культи МПВ предложено несколько доступов. В рекомендациях совещания экспертов в Париже [7] указано, что рассекать кожу лучше поперечным разрезом, а фасцию – продольным. Этот вариант приемлем при наличии небольшого количества варикозных вен в подколенной ямке. Если же конгломерат очень большой, занимает практически всю её поверхность, приходится использовать S-образный кожный разрез. Выделяя СПС, следует помнить, что МПВ в этой зоне может впадать и в одну из икроножных вен. Игнорирование этого обстоятельства чревато серьезным кровотечением.

Удаление оставшихся стволов, измененных ветвей, перевязка перфорантных вен производится традиционно. Однако нельзя ограничиваться только их удалением. Мы убедились на своем опыте, что при наличии рецидива на голени, необходимо произвести перевязку истоков БПВ у нижнего края лодыжки. Обычно хирурги перевязывают БПВ на уровне лодыжки или даже несколько выше, оставляя их интактными. Перевязка истоков позволяет ревизировать начальный её отдел и нередко выявить притоки, по которым кровь оттекает от поверхностных вен стопы на голень.

Заключение

Необходимо отметить, что результаты оперативного лечения РВБ значительно хуже, чем первичных операций. Кроме того, экономические затраты при повторном лечении значительно выше, чем при лечении первичного варикозного расширения [7, 10]. Поэтому проблема рецидива должна решаться в двух плоскостях. Во-первых, необходимо оптимизировать лечение

этой категории больных. Во-вторых, следует стремиться снизить потребность в повторных операциях.

Улучшить результаты лечения больных с РВБ можно путем принятия организационных мер, а также внедрения современных диагностических и хирургических технологий. Оперативные вмешательства по поводу РВБ, на наш взгляд, должны выполняться только в специализированных отделениях и высококвалифицированными хирургами. В предоперационном периоде необходимо проводить детальное исследование поверхностных и глубоких вен с использованием дуплексного ангиосканирования, флебографии для выяснения причин возврата заболевания и оценки гемодинамических нарушений. Отсутствие возможности проведения углубленного обследования должно быть основанием для отказа от выполнения операции в этом лечебном учреждении. Кроме того, в арсенале хирургов, занимающихся лечением рецидива, должны быть разнообразные оперативные вмешательства на всех сегментах венозного русла нижних конечностей. Предпочтительнее отдавать миниинвазивным технологиям – минифлебэктомии, криоэкстракции, лазерной облитерации, эндоскопической диссекции и т.д. Объем операции всегда выбирается индивидуально, но он не может ограничиваться вмешательствами только на поверхностных венах, по показаниям необходимо применять коррегирующие операции на глубоких венах.

Несмотря на расширяющиеся возможности лечения, самым эффективным направлением решения проблемы РВБ следует все-таки считать разработку мер его профилактики. Учитывая, что основная доля рецидивов обусловлена тактическими и техническими ошибками при первичном лечении, очевиден вывод – их количество можно существенно снизить за счет улучшения диагностики, уменьшения количества технических погрешностей при выполнении операций и осуществления бо-

лее полной коррекции венозной гемодинамики. Для решения этой задачи потребуются проведение организационных мероприятий и, в первую очередь, необходимо усовершенствовать обучение хирургов современным принципам лечения заболеваний вен.

В завершении мы не можем ещё раз не акцентировать внимание на важном моменте, предопределяющем успех оперативного лечения варикозной болезни. Известный хирург И.М. Тальман ещё в 1961 году написал о требованиях к вмешательствам при этой патологии: «Операция требует самой строгой асептики, выполняется только в условиях хорошо организованной операционной. Она требует опытного хирурга и опытного ассистента. Это – операция не для начинающих» (цит. по [1]). Это положение абсолютно верно и в настоящее время. Хотелось бы его только расширить и несколько детализировать с учетом современных подходов. На наш взгляд, оперативным лечением варикозной болезни должны заниматься хирурги, обладающие глубокими знаниями по анатомии венозного русла, физиологии и патологии венозного оттока, владеющие не только методами удаления поверхностных вен, но техникой вмешательств на сосудах. Совокупность знаний позволит врачу в любой ситуации избрать наиболее оптимальный вариант операции, а владение ангиохирургическими приемами обеспечит надежность её выполнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии вен: руководство для врачей / под ред. Ю. Л. Шевченко. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 320 с.
2. Рецидив варикозной болезни / М. П. Вилянский [и др.]. – М.: Медицина, 1988. – 176 с.
3. Флебология: руководство для врачей / В. С. Савельев [и др.]; под ред. В. С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
4. Duplex-derived evidence of reflux after varicose vein surgery: neoreflux or neovascularisation? / E. P. Turton [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 1999. – Vol. 17, N 3. – P. 230-233.
5. Gibbs, P. J. Reoperation for recurrent saphenofemoral incompetence: a prospective randomized trial using a reflected flap of pectineus fascia / P. J. Gibbs, D. M. Foy, S. G. Darke // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 1999. – Vol. 18, N 6. – P. 494-498.
6. Гришин, И. Н. Возможности и перспективы амбулаторной хирургии варикозной болезни в республике Беларусь / И. Н. Гришин, В. А. Лесько, А. С. Терещенко // Белорусское общество врачей УП Артмедика [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.artamedica.com>. – Дата доступа: 19.11.2005.
7. Рецидивы варикозной болезни вен нижних конечностей после хирургического лечения (REVAS): согласительный документ / М. R. Perrin [et al.] // Флебология. – 2002. – № 16. – С. 2-12.
8. Гавриленко, А. В. Рецидивы варикозного расширения вен нижних конечностей / А. В. Гавриленко, П. Е. Вахратьян // Хирургия. – 2005. – № 2. – С. 65-69.
9. Мжельский, В. С. Причины неудач оперативного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей / В. С. Мжельский, Л. Н. Кулик, В. И. Тхоржевский // Вестник хирургии. – 1961. – № 4. – С. 54-59.
10. Гришин, И. Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей / И. Н. Гришин, В. Н. Подгайский, И. С. Старосветская. – Мн.: Выш шк., 2005. – 253 с.
11. Константинова, Г. Д. Флебология / Г. Д. Константинова, А. Р. Зубарев, Е. Г. Градусов. – М.: Издательский дом Видар, 2000. – 160 с.
12. Recurrence of varicose veins after treatment. Multicenter study by the Italian Doppler Club, Clinical and Technological Society / A. Berni [et al.] // Minerva Cardioangiol. – 1998. – Vol. 46, N 4. – P. 87-90.
13. Веденский, А. Н. Варикозная болезнь / А. Н. Веденский. – Л.: Медицина, 1983. – 208 с.
14. Савельев, В. С. Болезни магистральных вен / В. С. Савельев, Э. П. Думпе, Е. Г. Яблоков. – М.: Медицина, 1972. – 440 с.
15. Алехин, Д. И. Повторное хирургическое лечение варикозной болезни: причины и особенности / Д. И. Алехин // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2005. – Т. 11, N 2. – С. 55-60.
16. Диагностика и лечение послеоперационных рецидивов варикозной болезни / И. М. Игнатъев [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2003. – Т. 9, № 2. – С. 73-79.
17. Deep venous insufficiency and recurrent varicose veins after surgery of superficial venous insufficiency / M. Perrin [et al.] // J. Mal. Vasc. – 1997. – Vol. 22, N 5. – P. 343-347.

18. External banding valvuloplasty of the superficial femoral vein in the treatment of recurrent varicose veins / G. Guarnera [et al.] // *Int. Angiol.* – 1998. – Vol. 17, N 4. – P. 268-271.
19. Recurrent varices after internal saphenectomy. Physiopathological hypothesis and clinical approach / S. Zan [et al.] // *Minerva Cardioangiol.* – 2003. – Vol. 51, N 1. – P. 79-86.
20. Recurrent varicose veins. Surgical procedure – results / S. Pourhassan [et al.] // *Zentralbl. Chir.* – 2001. – Vol. 126, N 7. – P. 522-525.
21. Некоторые вопросы флебохирургии в свете углубленных знаний анатомии венозного русла нижних конечностей / Г. Д. Константинова [и др.] // *Хирургия.* – 1994. – № 3. – С. 48-53.
22. Recurrent varicose veins: assessment of the saphenofemoral junction / A. W. Bradbury [et al.] // *Br. J. Surg.* – 1994. – Vol. 81, N 3. – P. 373-375.
23. Рецидив варикозной болезни / И. А. Золотухин [и др.] // *Вопросы ангиологии, сосудистой и оперативной хирургии / Рязанский гос. мед. ун-т; под ред. П. Г. Швальба.* – Рязань, 2005. – С. 13-17.
24. Causes of need for reoperation following surgery for varicose veins in Denmark / S. Kofoed [et al.] // *Ugeskr. Laeger.* – 1999. – Vol. 161, N 6. – P. 779-783.
25. Prospective audit of surgery for varicose veins / T. Lees [et al.] // *Br. J. Surg.* – 1997. – Vol. 84, N 1. – P. 44-46.
26. Clinicopathological evidence that neo-vascularisation is a cause of recurrent varicose veins / I. Nyamekye [et al.] // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* – 1998. – Vol. 15, N 5. – P. 412-415.
27. Perrin, M. Recurrent varicose veins in the groin after surgery / M. Perrin, J. Gobin, P. Nicolini // *J. Mal. Vasc.* – 1997. – Vol. 22, N 5. – P. 303-312.
28. Старосветская, И. С. Профилактика и лечение рецидива варикозной болезни нижних конечностей / И. С. Старосветская // *Здравоохранение.* – 2001. – № 12. – С. 45-48.
29. Venous physiology in the different patterns of recurrent varicose veins and the relationship to clinical severity / P. Jiang [et al.] // *Cardiovasc. Surg.* – 2000. – Vol. 8, N 2. – P. 130-136.
30. Влияет ли экстравазальная коррекция клапанов бедренной вены на течение варикозной болезни? / А. И. Кириенко [и др.] // *Ангиология и сосудистая хирургия.* – 2002. – Т. 8, № 2. – С. 39-44.
31. Роль клапанной недостаточности бедренной вены в течении и рецидивировании варикозной болезни нижних конечностей / А. В. Гавриленко [и др.] // *Ангиология и сосудистая хирургия.* – 2006. – Т. 12, № 3. – С. 61-66.
32. Benabou, J. Duplex sonographic evaluation of the sapheno-femoral venous junction in patients with recurrent varicose veins after surgical treatment / J. Benabou, L. Molnar, G. Cerri // *J. Clin. Ultrasound.* – 1998. – Vol. 26, N 8. – P. 401-404.

Поступила 6.08.2008 г.