

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

[*И. А. Ефремов¹, Ю. М. Шутов², А. С. Щедрин²*](#)

¹Фонд «Медсанчасть-168» (г. Новосибирск)

²ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Новосибирск)

Обследовано 510 больных с варикозной болезнью, послеоперационный рецидив варикозной болезни выявлен у 190 больных, что составило 59,5 %. Проведены обследования, включая УЗИ вен, и определен тип телосложения. Как показали морфологические исследования, у людей долихоморфного типа венозная система имеет магистральный тип, коммуникантных вен небольшое количество. У людей брахиморфного типа телосложения поверхностная венозная система часто бывает разветвленной. Наряду с этим отмечено значительное количество коммуникантных вен, особенно в нижней трети голени. Полученные морфометрические исследования, основанные на типе телосложения, позволяют индивидуализировать хирургическую тактику как при первой, так и при повторной операции, что позволяет снизить количество рецидивов варикозной болезни.

Ключевые слова: тип телосложения, морфометрия, антропометрия, вены, рецидив варикозной болезни.

Ефремов Илья Александрович — врач-хирург поликлиники Фонда «Медсанчасть-168», г. Новосибирск, контактный телефон: 8 (383) 355-39-44

Шутов Юрий Миронович — доктор медицинских наук, профессор кафедр факультетской хирургии, госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 355-39-44

Щедрин Андрей Станиславович — доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии и медицинской реабилитации ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 225-37-76

Введение. Варикозная болезнь (ВРБ) вен нижних конечностей является самым распространенным заболеванием периферических сосудов. Различными формами ВРБ

страдает от 26 до 86 % взрослого населения индустриально развитых стран [9]. В России ВРБ встречается у 35–38 млн человек, причем 15 % из них имеют декомпенсированные формы заболевания с выраженными трофическими изменениями кожи голени [7].

Несмотря на то, что техника венэктомий считается отработанной, частота рецидивов ВРБ после оперативного пособия варьирует от 15 до 80 % и в среднем, по данным крупных статистических исследований, составляет около 60 % [3, 10]. До настоящего времени предметом дискуссии остаются причины возникновения рецидивов ВРБ [1, 2].

Отсутствуют четко сформулированные показания к тому или иному виду оперативного вмешательства при данной патологии [4–6, 8].

Материалы и методы. В поликлинике № 13 г. Новосибирска с 2009 по 2014 год обследовано 510 больных с ВРБ нижних конечностей, из них оперированных было 190, рецидив ВРБ выявлен у 102-х, что составило 53,5 %. Возраст больных колебался от 20 до 68 лет, составив в среднем 44 года. Из них было 74 (73,5 %) женщины и 28 (26,5 %) мужчин. Длительность заболевания колебалась от 3 до 35 лет. В большинстве случаев рецидив варикозного расширения вен развивался спустя 3–4 года после оперативного лечения. Это обстоятельство имеет большое значение для определения необходимого срока диспансерного наблюдения за больными после оперативного лечения. Повторные операции при рецидиве ВРБ технически более сложные, и их объем, локализация и индивидуализация должны решаться еще до операции. В результате рубцового перерождения тканей существенно повышается опасность ятрогенных повреждений сосудов, нервов, лимфатических путей. Всем больным, нуждающимся в повторном оперативном вмешательстве, в обязательном порядке проводили антропометрические исследования, дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей и всестороннее клиническое обследование.

Наиболее часто рецидив возникал у людей брахиморфного типа телосложения: количество больных — 140 (70,3 %). Пациентов долихоморфного типа телосложения было 50 (29,7 %). По данным УЗИ рецидив возник в системе большой подкожной вены у 68-ми (35,2 %), в системе малой подкожной вены — у 102-х (53,8 %). У 20-ти (12 %) пациентов были поражены обе вены. Ожирением страдал 91 пациент, а плоскостопием — 26. Всем больным в разных медицинских учреждениях города или других городах России была выполнена комбинированная сафенэктомия.

В ходе предоперационного обследования было выявлено, что чаще всего рецидив болезни наступал вследствие ошибок, допущенных в ходе первичной операции. Из наиболее частых причин возникновения рецидивов, по нашему мнению, является оставление длинной культи большой или малой подкожных вен с неперевязанными ветвями, оставление неперевязанными несостоятельных перфорантных вен. Это, как правило, наступает из-за недостаточно тщательного выделения всех ветвей большой подкожной вены в области овальной ямки, недооценки особенностей их анатомического расположения, нерационального доступа. Все эти факты указывают на особую важность перевязки всех приустьевых притоков и добавочных стволов большой подкожной вены в месте ее впадения в бедренную вену. Как показали наши исследования, добавочные стволы и притоки большой подкожной вены по их количеству и вариантам топографо-анатомического положения значительно отличаются у людей различного типа телосложения. К тому же оставление длинной культи большой или малой подкожных вен чревато развитием весьма серьезных осложнений, таких например, как тромбоэмболия легочной артерии.

Как показали патологоанатомические и морфометрические исследования, у людей

долихоморфного типа венозная система имеет магистральный тип, мышечный слой сосуда выражен слабо. Поэтому даже незначительная недостаточность остиального клапана приводит к значительной нагрузке на нижележащие отделы, а так как мышечный слой вены слабый, довольно быстро наступает декомпенсация, что выражается в ее варикозной трансформации. У людей долихоморфного типа телосложения значительно меньше коммуникантных вен, чем у людей брахиморфного типа телосложения, это обеспечивает меньший сброс в глубокую венозную систему.

У людей брахиморфного типа телосложения поверхностная венозная система часто бывает разветвленной, мышечный слой вены развит хорошо, поэтому даже при значительном поражении остиального клапана компенсаторные возможности венозных сосудов значительны и быстрой варикозной трансформации венозной стенки не наступает. Наряду с этим, у лиц брахиморфного типа телосложения отмечено значительное количество коммуникантных вен, особенно в нижней трети голени, поэтому сброс в глубокую венозную систему довольно выражен, что способствует локальным трофическим процессам кожи и глубже лежащих тканей. Декомпенсация венозного оттока приводит к нарушению тканевой микроциркуляции. Это выражается грубыми нарушениями функции лимфатической системы, открытием лимфовенозных анастомозов, развитием индуративных изменений, дерматитом, рожистым воспалением, что, несомненно, является почвой для возникновения язв.

Выводы. Наши исследования свидетельствуют, что наиболее выраженные патологические процессы наблюдаются у лиц брахиморфного типа телосложения, ввиду более поздней обращаемости пациентов (период компенсации более длителен). Наличие разветвленной поверхности сети и значительного количества коммуникантных вен, способствующих патологическому сбросу венозной крови, приводит к более выраженной ранней патологии лимфатической системы, вплоть до ее декомпенсации. Все это вместе взятое определяет тактику врача, которая должна быть направлена во время операции на полное удаление коммуникантных вен, что устранил рецидив ВРБ и будет способствовать восстановлению нарушенных гемолимфатических взаимоотношений и восстановлению дренажной функции лимфатической системы.

При повторной операции по поводу рецидива ВРБ необходимо определять тип телосложения пациента, что даст возможность индивидуализировать хирургическую тактику в каждом конкретном случае и значительно уменьшить послеоперационные осложнения.

Список литературы

1. Ведынский А. Н. Варикозная болезнь / А. Н. Ведынский. — Л. : Медицина, 1983. — 207 с.
2. Ведынский А. Н. Новый способ коррекции патологического кровотока в венах голени / А. Н. Ведынский // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. — 1988. — № 4. — С. 143-144.
3. Ошибки, опасности и осложнения в хирургии вен : руководство для врачей / А. Н. Ведынский [и др.] ; под ред. Ю. Л. Шевченко. — СПб. : Питер Ком, 1999. — 320 с.
4. Гавриленко А. В. К вопросу о рецидиве варикозной болезни нижних конечностей / А. В. Гавриленко, П. Е. Вахрамьев // Тез. докл. III конф. ассоциации флебологов России. — Ростов н/Д, 2001. — С. 40-41.
5. Константинова Г. Д. Радикальное лечение варикозной болезни вен нижних конечностей методом склеротерапии в амбулаторных условиях / Г. Д. Константинова, Т. В. Алекперова, Е. Д. Донская // Ангиология и сосудистая хирургия. — 1996. — № 2. — С. 82-83.

6. Пономаренко В. И. Конструктивные особенности биомеханических свойств створок венозных клапанов и стенки вен нижних конечностей человека / В. И. Пономаренко // Арх. анатомии, гистологии и эмбриологии. — 1980. — Т. 78, вып. 2. — С. 36-40.
7. Савельев В. С. Современные направления в хирургическом лечении хронической венозной недостаточности / В. С. Савельев // Флебологическая. — 1996. — № 1. — С. 5-7.
8. Флебология : руководство для врачей / В. С. Савельев [и др.] ; под ред. В. С. Савельева. — М. : Медицина, 2001. — 664 с.
9. Calam M. J. Epidemiology of varicose veins / M. J. Calam // Br. Surg. — 1994. — Vol. 81. — P. 167-173.
10. Jutley R. S. Preoperative Assessment of Primary Varicose Veins : a Duplex Study of Venous Incompetence / R. S. Jutley, I. Cadle, K. S. Cross // Eur. J. Vase. Endovasc. Surg. — 2001. — Vol. 21, N 4. — P. 370-373.

ALTERNATIVE ANATOMY OF POSTOPERATIVE RECURRENCE OF VARICOSE ILLNESS AND OPTIMIZATION OF SURGICAL CORRECTION

[*I. A. Efremov¹, Y. M. Shutov², A. S. Shchedrin²*](#)

¹*Fund «Medical sanitary station 168» (Novosibirsk c.)*

²*SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk c.)*

510 patients with varicose illness are examined, postoperative recurrence of varicose illness is revealed at 190 patients that made 59,5%. Examinations, including US of veins are conducted, and is defined like somatotype. As showed morphological researches, the venous system has the magistral type at people of dolichomorphic type, communicant veins are of small amount. The superficial venous system can often branched at people of brachymorphic comatotype. Significant amount of communicant veins, especially in the lower third of anticnemion is registered. The received morphometric researches based on somatotype allow to individualize surgical tactics both at the first, and at re-operation that allows to reduce number of recurrence of varicose illness.

Keywords: somatotype type, morphometry, anthropometry, veins, recurrence of varicose illness.

About authors:

Efremov Ilya Aleksandrovich — surgeon of out-patient department Fund «Medical sanitary station 168», contact phone: 8 (383) 355-39-44

Shutov Yuri Mironovich — doctor of medical science, professor of faculty, hospital and pediatric surgery chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 355-39-44

Schedrin Andrey Stanislavovich — doctor of medical science, professor of hospital therapy and medical aftertreatment chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 225-37-76

List of the Literature:

1. Vedensky A. N. Varicose illness / A. N. Vedensky. — L.: Medicine, 1983. — 207 P.
2. Vedensky A. N. New way of correction of pathological blood flow in anticnemion veins / A. N. Vedensky // Bulletin of surgeries of I.I. Grekov. — 1988. — № 4. — P. 143-144.
3. Mistakes, dangers and complications in surgery of veins: guidance for doctors / A. N. Vedensky [etc.]; under the editorship of Y. L. Shevchenko. — SPb.: Peter Côm, 1999. — 320 P.
4. Gavrilenko A. B. Question of recurrence of varicose illness of lower extremities / A. V.

- Gavrilenko, P. E. Vakhratyan // Theses of III conf. of associations of phlebologists of Russia. — Rostov-on-Don, 2001. — P. 40-41.
5. Konstantinova G. D. Radical treatment of varicose illness of veins of the lower extremities by sclerotherapy method in out-patient conditions / G. D. Konstantinova, T. V. Alekperov, E. D. Donskaya // *Angiology and vascular surgery*. — 1996. — № 2. — P. 82-83.
 6. Ponomarenko V. I. Design features of biomechanical properties of cusps of venous valves and wall of veins of the lower extremities of the person / V. I. Ponomarenko // *Arch. anatomy, histology and fetology*. — 1980. — V. 78, Is. 2. — P. 36-40.
 7. Savelyev B. C. Modern directions in surgical treatment of chronic venous failure / V. S. Savelyev // *Phlebolympology*. — 1996. — № 1. — P. 5-7.
 8. *Phlebology: guidance for doctors* / B. C. Savelyev [etc.]; under the editorship of B. C. Savelyev. — M.: Medicine, 2001. — 664 P.
 9. Calam M. J. Epidemiolgy of varicose veins / M. J. Calam // *Br. Surg.* — 1994. — Vol. 81. — P. 167-173.
 10. Jutley R. S. Preoperative Assessment of Primary Varicose Veins : a Duplex Study of Venous Incompetence / R. S. Jutley, I. Cadle, K. S. Cross // *Eur. J. Vase. Endovasc. Surg.* — 2001. — Vol. 21, N 4. — P. 370-373.