

МОРФОТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

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

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

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

Выявлены причины рецидива варикозной болезни на основе типа телосложения и морфофункциональных особенностей венозной системы нижних конечностей. Исследования проведены на 60-ти трупах людей без патологии сосудов и 20-ти трупах с наличием варикозной болезни. Обработан и представлен клинический материал, включающей 510 пациентов с варикозной болезнью. Проведен анализ причин рецидива у 102-х больных. Сделано заключение, что каждому типу телосложения свойственна определенная структурная организация венозной системы нижних конечностей, что требует индивидуализации хирургического пособия.

Ключевые слова: варикозная болезнь, рецидив, тип телосложения, флебэктомия, перфорантные вены, притоки большой подкожной вены.

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 кафедры 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 вен нижних конечностей является самой распространенной патологией периферических сосудов, ею страдают 26–38 % женщин и 10–20 % мужчин трудоспособного возраста [1, 2, 4]. Ежегодный прирост новых случаев варикозной болезни вен нижних конечностей у жителей индустриально развитых стран достигает 2,6 % для женщин и 1,9 % для мужчин, ее течение сопровождается рядом осложнений и высоким уровнем инвалидизации больных, что в свою очередь связано с огромными экономическими затратами [3, 5, 7]. Эти обстоятельства делают разработку

эффективной системы профилактики и лечение варикозной болезни важной медико-социальной проблемой [6, 8, 10].

Основным надежным методом лечения варикозной болезни считается хирургический. Несмотря на то, что техника венэктомий считается отработанной, частота рецидивов варикозной болезни после оперативного пособия варьирует от 15 до 80 %, и в среднем, по данным крупных статистических исследований, составляет около 60 %. До настоящего времени предметом дискуссии остаются причины возникновения рецидивов варикозной болезни [9].

Материал и методы: секционный, морфометрический, антропометрический, патогистологический. Секционные исследования проведены на 60-ти трупах людей. По 20 трупов каждого типа телосложения (долихоморфный, мезоморфный, брахиморфный). Также исследовано 20 трупов, в анамнезе у которых была варикозная болезнь нижних конечностей. Определение типа телосложения проводилось по методу Рис-Айзенка, рекомендованному к использованию Б. А. Никитюком, Н.А. Корнетовым. Данный метод соматотипирования основан на соответствии показателей длиннотного (длина тела) и широтного (грудной поперечный диаметр) векторов тела. В соответствии с классификацией антропометрическими точками, которыми пользовались мы, были середина яремной вырезки, десятые ребра по среднеключичной линии и величина эпигастрального угла. В определении соматотипа также имеет большое значение и соотношение двух основных размеров диаметров грудной клетки (фронтального и сагиттального), что позволяет вычислить индекс грудной клетки, из которого наиболее важным, как отмечает А. Н. Максименков, является индекс ширины. Он представляет собой отношение поперечного диаметра грудной клетки к переднезадному, помноженное на 100. Указанный индекс колеблется в зависимости от типа телосложения и находится в пределах от 40 до 178. Кроме того определялся рост и масса тела.

Антропометрические измерения проводились с использованием набора инструментов: антропометра Мартина, медицинского ростомера, большого толстотного циркуля и сантиметровой линейки, также для определения эпигастрального угла использовали угломер собственной конструкции.

После антропометрического обследования и определения типа телосложения проводилась препаровка венозной системы нижних конечностей у каждого соматотипа. Определялись длина и ширина большой подкожной вены, ее клапаны, определялось количество перфорантных вен на бедре и голени, наличие и состояния клапанов. У устья впадения в подвздошную вену определялось количество притоков и их топография. Из разных участков вен делалась биопсия для гистологического исследования. Перед тем как фиксировать ткани в растворе формалина каждая его часть измерялась в поперечном направлении — определялся просвет вены и толщина его стенки. Далее они проводились через серии восходящих спиртов, заключались в парафин, изготовлялись срезы и они окрашивались гематоксилином, эозином и по Ван-Гизону.

Обсуждение результатов исследования. Секционные исследования и препаровка сосудистой системы нижних конечностей свидетельствовала, что у трупов людей долихоморфного типа телосложения вены имеют магистральный тип, мышечный слой довольно слабый. Поэтому даже небольшое повышение давления в венозной системе приводит к дилатации сосуда, и наступает быстрая декомпенсация. У людей долихоморфного типа телосложения значительно меньше коммуникантных вен, чем у людей брахиморфного типа телосложения.

Брахиморфному типу свойственна разветвленная венозная сеть. При этом мышечной слой вены развит хорошо, поэтому даже при значительном поражении основного 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 глубжележащих тканей. Декомпенсация венозного оттока приводит к нарушению тканевой микроциркуляции. Это выражается грубыми нарушениями функции лимфатической системы, открытием лимфовенозных анастомозов, развитием индуративных изменений, дерматитов, рожистым воспалением, что, несомненно, является почвой для возникновения язв.

Клиническая часть работы представлена обследованием 510-ти больных с варикозной болезнью нижних конечностей, из них оперированных было — 190, рецидив варикозной болезни 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 варикозной болезни 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.

Количество рецидивов больше у брахиморфного типа телосложения: всего 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. Причиной рецидива были оставленные притоки большой подкожной вены, а также удаленные перфорантные вены.

Выводы

1. Причинами большинства рецидивов варикозной болезни являются диагностические, тактические и технические ошибки, допущенные при планировании и выполнении хирургического вмешательства по поводу этой патологии.
2. При определении характера оперативного вмешательства необходимо учитывать тип телосложения пациента, так как это является ключевым моментом в структурной анатомии и топографии венозной системы нижних конечностей.
3. Наиболее часто рецидиву подвержены больные брахиморфного типа телосложения ввиду довольно разветвленной венозной системы и наличия большого количества притоков и коммуникантных вен.

Список литературы

1. Алекперова Т. В. Ультразвуковая флебография — опыт применения в современной флебологической практике / Т. В. Алекперова // *Ангиология сегодня*. — 1999. — № 9. — С. 2-9.

2. Балас П. Новый подход к болезням вен : контроль за качеством жизни пациента / П. Балас // Флебологическая. — 1997. — № 5. — С. 1-3.
3. Бельков Ю. А. К проблеме рецидивов варикозной болезни / Ю. А. Бельков, А. В. Дудник // Тез. докл. III конференции Ассоциации флебологов России. — Ростов н/Д, 2001. — С. 25.
4. Методы лечения рецидивов варикозной болезни нижних конечностей / Ю. В. Бирюков [и др.] // Тез. докл. III конференции Ассоциации флебологов России. — Ростов н/Д, 2001. — С. 3031.
5. Флебосклерозирующее лечение варикозной болезни с использованием техника «foem-form» / В. Ю. Богачев [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2003. — Т. 9, № 2. — С. 8186.
6. Изучение венозного тонуса при варикозной болезни методом дуплексного сканирования / Р. А. Бредихин [и др.] // Казан. мед. журн. — 2001. — Т. 82, № 6. — С. 481-482.
7. Быков А. В. Рациональное уменьшение объема хирургических вмешательств при варикозной болезни / А. В. Быков, А. С. Назарук // Тез. докл. III конференции Ассоциации флебологов России. — Ростов н/Д, 2001. — С. 36-37.
8. Гавриленко А. В. Хирургические методы коррекции клапанной недостаточности глубоких вен нижних конечностей / А. В. Гавриленко, С. И. Скрылев, Ф. А. Радкевич // Ангиология и сосудистая хирургия. — 1997. — № 2. — С. 127-134.
9. Гавриленко А. В. К вопросу о рецидиве варикозной болезни нижних конечностей / А. В. Гавриленко, П. Е. Вахрамьян // Тез. докл. III конференции Ассоциации флебологов России. — Ростов н/Д, 2001. — С. 40-41.
10. Гервазиев В. Б. Пластика клапанов магистральных вен / В. Б. Гервазиев // Хирургия. — 1991. — № 6. — С. 69-74.

MORPHOTYOLOGICAL PROBLEMS OF VARICOSE ILLNESS RECURRENCE

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

¹Fond «Medical unit 168» (Novosibirsk)

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

The reasons of recurrence of varicose illness on the basis of somatotype and the morphofunctional features of venous system of the lower extremities are established. Researches are conducted on 60 corpses of people without pathology of vessels and 20 corpses with existence of varicose illness. Clinical material, including 510 patients with varicose illness is processed and presented. The analysis of the reasons of recurrence at 102 patients is carried out. It was concluded that a certain structural organization of venous system of the lower extremities that demands an individualization of surgical grant is inherent to each somatotype.

Keywords: varicose illness, recurrence, somatotype, phlebectomy, perforans veins, inflows of a big hypodermic vein.

About authors:

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

Shutov Yury Mironovich — doctor of medical science, professor of hospital and children 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. Alekperova T. V. Ultrasonic phlebography — experience of application in modern phleboid practice / T. V. Alekperova // *Angiology today*. — 1999. — N 9. — P. 2-9.
2. Balas P. New approach to illnesses of veins: control of quality of life of the patient / P. Balas // *Phlebolymphology*. — 1997. — N 5. — P. 1-3.
3. Dudnik Y. A. Problem of recurrence of varicose illness / Y. A. Belkov, A. B. Dudnik // *Theses of III conferences of Association of phlebologists of Russia*. — Rostov n/D, 2001. — P. 25.
4. Methods of treatment of recurrence of varicose illness of the lower extremities / Y. V. Biryukov [et al.] // *Theses of III conferences of Association of phlebologists of Russia*. — Rostov n/D, 2001. — P. 3031.
5. Phleboscлерosing treatment of varicose illness with usage of the technician of «foem-form» / V. Y. Bogacev [et al.] // *Angiology and vascular surgery*. — 2003. — Vol. 9, N 2. — P. 8186.
6. Studying of venous tonus at varicose illness by method of duplex scanning / R. A. Bredikhin [et al.] // *Kazan medical journal*. — 2001. — Vol. 82, N 6. — P. 481-482.
7. Bykov A. B. Rational decrease of volume of surgical interventions at varicose illness / A. V.

- Bykov, A. C. Nazaruk // Theses. of III conferences of Association of phlebologists of Russia. — Rostov n/D, 2001. — P. 36-37.
8. Gavrilenko A. B. Surgical methods of correction of valval failure of deep veins of lower extremities / A. V. Gavrilenko, S. I. Skrylev, F. A. Radkevich // *Angiology and vascular surgery*. — 1997. — N 2. — P. 127-134.
 9. Gavrilenko A. V. Recurrence of varicose illness of lower extremities / A. V. Gavrilenko, P. E. Vakhratyan // *Theses of III conferences of Association of phlebologists of Russia*. — Rostov n/D, 2001. — P. 40-41.
 10. Gervaziyev V. B. Plastics of valves of main veins / V. B. Gervaziyev // *Surgery*. — 1991. — N 6. — P. 69-74.