

Оригинальная статья / Original article

Взгляды специалистов на рецидив и прогрессирование варикозной болезни

В.Ю. Богачев¹, О.А. Алуханян², Г.Н. Ванян^{2✉}, grant.93@mail.ru, С.М. Маркин³, А.С. Артемова⁴, П.Ф. Кравцов⁵¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1² Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Седина, д. 4³ Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук; 194017, Россия, Санкт-Петербург, пр. Тореза, д. 72а⁴ Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова; 197341, Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2⁵ Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89

Резюме

Введение. Несмотря на современные достижения в технологиях лечения и профилактики варикозной болезни, ее радикального лечения на данный момент не существует. Вероятность повторного появления расширенных вен, по данным различных авторов, составляет от 5 до 70%. Наряду с устоявшимся понятием «рецидив варикозной болезни», в обиходе все чаще встречается термин «прогрессирование варикозной болезни». С целью оценки понимания этих двух терминов и соответствующих подходов проведено анкетирование участников проекта «Актуальная флебология».

Цель. Изучить актуальное понимание термина «рецидив» и практическое отношение к нему специалистов, занимающихся лечением варикозной болезни.

Материалы и методы. В 2023 г. проведено анкетирование 117 специалистов по вопросам рецидива/прогрессирования варикозной болезни. В качестве респондентов выступали врачи, занимающиеся лечением варикозной болезни: сосудистые хирурги (22,4%), флебологи (50%), хирурги общей специализации (19,8%), специалисты ультразвуковой/функциональной диагностики (7,8%), рентгеноваскулярные хирурги (0,85%). В опросник было включено 18 вопросов, касающихся частоты обращаемости пациентов с рецидивом/прогрессированием варикозной болезни, взглядов на тактику, а также отношения специалистов к вопросу прогрессирования и рецидивирования варикозной болезни у пациентов после хирургического лечения.

Результаты и обсуждение. Восприятие рецидива и прогрессирования варикозной болезни среди специалистов, занимающихся этой патологией, не всегда однозначно. Имеются различия во взглядах как на предрасполагающие факторы повторного появления расширенных вен, так и, соответственно, на тактику лечения, профилактические мероприятия. В ряде случаев имеются достоверные различия, связанные со специализацией врача. Обособление понятий рецидива и прогрессирования заболевания признается большинством клиницистов.

Заключение. Встречаемость рецидива и прогрессирования на приеме у респондентов имеет незначительное различие. Несмотря на то что прослеживаются мнения, не соответствующие общепринятым и принципу коллегиальности, в основном специалисты стараются разделять эти понятия, видят различия в провоцирующих факторах и, соответственно, рекомендациях.

Ключевые слова: рецидив, прогрессирование, варикозная болезнь, прогрессирование, резидуальный варикоз

Для цитирования: Богачев ВЮ, Алуханян ОА, Ванян ГН, Маркин СМ, Артемова АС, Кравцов ПФ. Взгляды специалистов на рецидив и прогрессирование варикозной болезни. *Амбулаторная хирургия*. 2024;21(1):17–24. <https://doi.org/10.21518/akh2024-015>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Experts' views on recurrence and progression of varicose veins

Vadim Yu. Bogachev¹, Ovik A. Alukhanyan², Grant N. Vanyan^{2✉}, grant.93@mail.ru, Sergey M. Markin³, Anastasia S. Artemova⁴, Pavel F. Kravtsov⁵¹ Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia² Kuban State Medical University; 4, Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia³ St Petersburg Clinical Hospital RAS; 72A, Thorez Ave., St Petersburg, 194017, Russia⁴ Almazov National Medical Research Centre; 2, Akkuratov St., St Petersburg, 197341, Russia⁵ Samara State Medical University; 89, Chapayevskaya St., Samara, 443099, Russia

Abstract

Introduction. Despite modern advances in technologies for the treatment and prevention of varicose veins, there is currently no radical treatment for varicose veins. The probability of recurrence of dilated veins, according to various authors, ranges from 5 to 70%. Along with the well-established concept of recurrence of varicose veins, the term progression of varicose veins is increasingly common in everyday life.

Aim. To study the current understanding of the term relapse and the practical attitude of specialists involved in the treatment of varicose veins to it.

Material and methods. In 2023, a survey of 117 specialists on the recurrence/progression of varicose veins was conducted. The respondents were doctors involved in the treatment of varicose veins: vascular surgeons 22.4%, phlebologists 50%, general surgeons 19.8%, specialists in ultrasound/functional diagnostics 7.8%, X-ray endovascular surgeon 0.85%. The questionnaire included 18 questions regarding the frequency of visits of patients with relapse/progression of varicose veins; views on tactics, as well as the attitude of specialists to the issue of progression and recurrence of varicose veins in patients after its surgical treatment.

Results and discussion. The concept of recurrence and progression of varicose veins among specialists dealing with this pathology is not always comparable. There are differences in views both on the predisposing factors for the recurrence of dilated veins, and, accordingly, on the tactics of treatment and preventive measures. In some cases, according to statistics, they are due to specialization.

Conclusions. The incidence of relapse and progression at the reception of the respondents has a slight difference. Despite the fact that there are opinions that do not correspond to generally accepted and abhorrent collegiality, mostly specialists try to separate these concepts, see differences in provoking factors and, accordingly, in recommendations.

Keywords: recurrence, progression, varicose veins, progression, residual varicose veins

For citation: Bogachev VYu, Alukhanyan OA, Vanyan GN, Markin SM, Artemova AS, Kravtsov PF. Experts' views on recurrence and progression of varicose veins. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2024;21(1):17–24. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/akh2024-015>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Понятие «рецидив варикозной болезни» является актуальным [1, 2], а в своей современной трактовке многим специалистам представляется очень расплывчатым. Оно претерпело множество изменений за недавний короткий промежуток времени. Изначально понятие было документально определено Парижским консенсусом по рецидиву варикозной болезни 1998 г. и трактовалось как наличие варикозно деформированных вен нижних конечностей после предшествовавшего оперативного лечения по поводу варикозной болезни, включающее истинный рецидив, резидуальные вены, варикозную трансформацию вен вследствие прогрессирования заболевания. В России с 2013 г. в клинических рекомендациях это понятие менялось в трактовке: от «наличия варикозного синдрома после хирургического вмешательства (флебэктомия, термооблитерация, склерооблитерация)» до «появления варикозно расширенных вен после завершеного курса инвазивного лечения в зоне предыдущего вмешательства», отраженного в утвержденных Министерством здравоохранения рекомендациях по варикозной болезни 2021 г. [3, 4].

Подобное преображение отчасти сопряжено с эволюцией взглядов на методики и тактику лечения варикозной болезни [5, 6]. Это во многом продиктовано появлением и развитием современных миниинвазивных вмешательств и расширением возможностей амбулаторного звена [7–10]. В связи с этим резко возросло количество представителей различных специальностей, занимающихся этой проблемой, таких как хирурги, сердечно-сосудистые хирурги, специалисты ультразвукового исследования (УЗИ). Такое разнообразие показывает широту понимания термина

«рецидив варикозной болезни» [11]. Также его определяет арсенал методик, которым владеет конкретный специалист [12, 13]. К примеру, оставленная передняя добавочная подкожная вена при кроссэктомии, изначально неизменная, зачастую расценивается как дефект при комбинированной флебэктомии и рецидив при ее дальнейшем расширении, а при термооблитерации – как рациональный миниинвазивный подход и в случае ее последующего расширения – прогрессирование заболевания [14]. Такое состояние вопроса требует подведения понятия под единый знаменатель среди различных специалистов как для коллегиального взаимодействия, так и для интерпретации пациентами.

Цель – изучить актуальное понимание термина «рецидив» и практическое отношение к нему специалистов, занимающихся лечением варикозной болезни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основой исследования послужил анонимный опрос 117 специалистов – членов профессионального сообщества, занимающихся лечением варикозного расширения вен нижних конечностей. В качестве респондентов выступали врачи – сосудистые хирурги (22,4%, 26 чел.), флебологи (50%, 58 чел.), хирурги общей специализации (19,8%, 23 чел.), специалисты ультразвуковой/функциональной диагностики (7,8%, 9 чел.), рентгенэндоваскулярные хирурги (0,85%, 1 чел.).

В опросник было включено 18 вопросов, касающихся частоты обращаемости пациентов с рецидивом/прогрессированием варикозной болезни, взглядов на тактику, а также отношения специалистов к вопросу прогрессирования и рецидивирования варикозной болезни у пациентов после хирургического лечения. Перечень вопросов представлен в *табл. 1*.

Таблица 1. Перечень вопросов
Table 1. List of questions

№	Вопросы
1	Ваш основной профиль деятельности
2	Ваша типичная тактика послеоперационного ведения пациентов
3	Как часто к Вам обращаются пациенты с рецидивом варикозной болезни?
4	Как часто к Вам обращаются пациенты с прогрессированием варикозной болезни?
5	Используете ли Вы в диагнозе термин «рецидив»?
6	Что, по Вашему мнению, относится к рецидиву варикозной болезни?
7	Что, по Вашему мнению, относится к прогрессированию варикозной болезни?
8	Как Вы считаете, какое состояние регистрируется чаще: прогрессирование или рецидив варикозной болезни?
9	Оцените примерную долю рецидива варикозной болезни через 5 лет после ЭВЛК
10	Оцените примерную долю прогрессирования варикозной болезни через 5 лет после ЭВЛК
11	Какие факторы, по Вашему мнению, приводят к рецидиву заболевания?
12	Какие факторы, по Вашему мнению, приводят к прогрессированию заболевания?
13	Какие факторы влияют на риск рецидива при ЭВЛК?
14	Можете ли Вы повлиять на риск рецидива варикозной болезни?
15	Можете ли Вы повлиять на риск прогрессирования варикозной болезни?
16	Какие методы предпочтительны при лечении пациентов с рецидивом варикозной болезни?
17	Какой объем вмешательства Вы предложите пациенту с варикозной болезнью за счет расширения ПДПВ и рефлюкса из нее в расширенную БПВ на уровне голени при интактном участке БПВ на бедре?
18	Какой объем вмешательства Вы предложите пациенту с варикозной болезнью за счет расширения БПВ при интактной ПДПВ?

Примечание. ЭВЛК – эндовазальная лазерная коагуляция; ПДПВ – передняя добавочная подкожная вена; БПВ – большая подкожная вена.

Статистическая обработка

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica 13.3 (разработчик – StatSoft.Inc). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовался критерий Колмогорова – Смирнова. Количественные данные были подвергнуты анализу

на нормальность распределения. Все количественные показатели не соответствуют нормальному распределению и будут представлены в виде медианы и квартилей – $Me (Q_1; Q_3)$. Качественные признаки были описаны в виде $n (%)$, где n – количество респондентов. Для графического отображения связей между категориями двух и более переменных использовался анализ соответствий (Correspondence analysis) в Statistica с экстраполяцией результатов в 3D-гистограммы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По данным опроса выявлено, что большинство оперирующих специалистов (87,1%) самостоятельно наблюдают пациентов в послеоперационном периоде. Лишь 0,9% опрошенных не ведут своих пациентов после хирургического лечения. Оставшиеся 9,5% занимаются ведением пациентов, но не оперируют их.

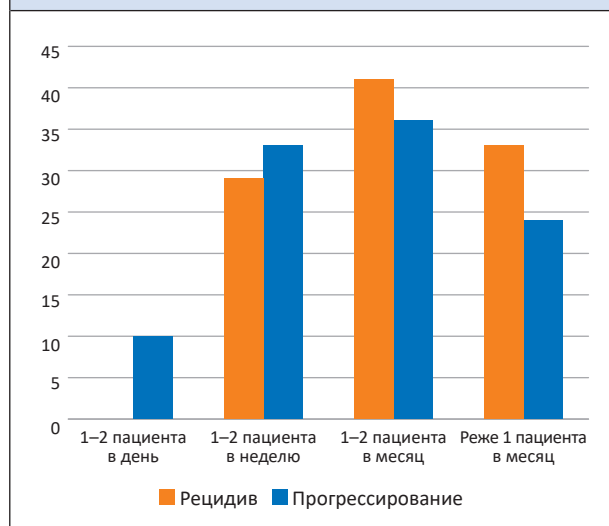
При этом с повторно расширенными венами после хирургического лечения, отражаемыми как рецидив, так и прогрессирование заболевания, на своем приеме сталкивается каждый из специалистов с различной частотой за определенный период. Большинство опрошенных встречают таких пациентов около 1–2 раз в месяц: с рецидивом – 35% опрошенных, с прогрессированием – 30%. Ежедневная встречаемость таких пациентов незначительно меньше, а ежедневная крайне мала при прогрессировании и практически отсутствует у пациентов с рецидивом. Встречаются с рецидивом и прогрессированием реже 1 раза в месяц 28,4 и 20,5% опрошенных соответственно (рис. 1).

Понятием «рецидив» пользуются 62,1% опрошенных, 26,7% его не используют. Незначительное количество опрошенных (8,6%) готовы использовать этот термин в тех случаях, когда речь идет не об их пациентах (рис. 2).

Наиболее часто этот термин используют сосудистые хирурги (73,0%), флебологи – на 2-м месте по применению этого термина (55,6%). Примечательно, что 26,7% специалистов не используют в своих заключениях этот термин в принципе, однако не считают его неприменимым.

Сама суть понятия рецидива варикозной болезни и ее прогрессирования во многом совпадает в представлении респондентов. Появление ретикулярных вен 41,3% опрошенных отнесли к прогрессированию, желание назвать данный фактор рецидивом возникло лишь у 6,3% отвечающих, а 44,1% этот фактор не относят ни к одному, ни к другому. Наиболее значимый признак, наличие варикозно расширенных вен, большинство наших коллег (80,1%) очень четко детерминируют как рецидив, а 18,0% – как прогрессирование в зависимости

Рисунок 1. Встречаемость рецидива и прогрессирования на приеме
Figure 1. Incidence of relapse and progression during admission



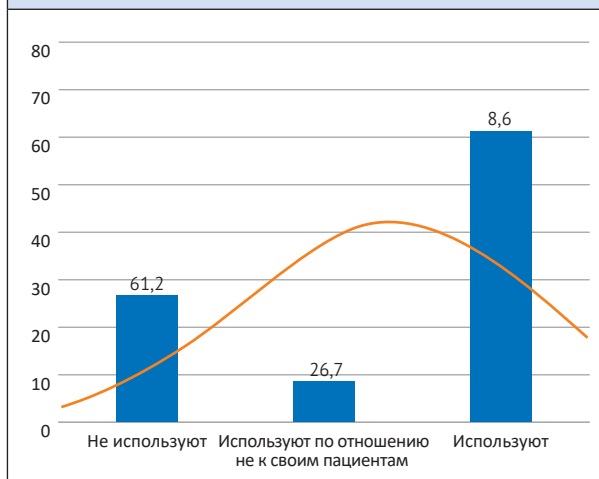
от топографии процесса, что соответствует актуальным клиническим рекомендациям. Единства в понимании термина «неоваскулогенез» нет, примерно с одинаковой частотой он расценивается коллегами в качестве проявления как рецидива, так и прогрессирования заболевания – в 31,3 и 41,3% случаев соответственно. Многие опрошенные (40%) готовы на основании только данных ультразвукового сканирования выставить термин «рецидив» в клинический диагноз. Лишь 36,9% не относят ультразвуковую картину реканализации к клинически значимым проявлениям рецидива/прогрессирования.

На вопрос о встречаемости двух понятий «рецидив/прогрессирование» преобладающее большинство (64,9%) уверено, что чаще встречается прогрессирование заболевания. Всего 12,9% опрошенных указывают на преобладание частоты рецидива над прогрессированием, и лишь 7,7% респондентов ответили, что названные процессы регистрируются с одинаковой частотой.

Мнение о встречаемости двух понятий «рецидив/прогрессирование» в пятилетний послеоперационный период у коллег противоположны. Больше половины отмечают редкую встречаемость рецидива (5%) за этот период. А вот 10 и 30% рецидива встречают лишь 22,4 и 7,8% опрошенных соответственно. В случае с прогрессированием чаще регистрируется большая доля пациентов за пятилетний период: 10 и 30% у 30,2 и 27,6% опрошенных коллег соответственно.

Относительно факторов выполнения хирургического вмешательства большинство специалистов в общей массе считают однозначными предикторами рецидива

Рисунок 2. Частота использования термина «рецидив»
Figure 2. Frequency of use of the relapse term



нарушение протокола вмешательства и неполное удаление измененного подкожного ствола: 76,7% и 74,1% соответственно. Примечательно, что также многие (77,6% опрошенных) относят веносохраняющие методики к предрасполагающим факторам рецидива. Оставленные притоки являются следующим по популярности ответом, его придерживается 45,04% опрошенных. А 20% подчеркивают значение таких составляющих, как тип вмешательства, игнорирование перфорантных вен и отказ от компрессионного трикотажа. Несколько меньше (12,07%) выбрали оставление неизменных участков подкожных стволов, и лишь единицы в этом вопросе уделяют внимание флеботоники (1%).

В ответах по влиянию на прогрессирование заболевания в общей массе коллеги были солидарны. Практически единогласно отмечена высокая значимость следующих факторов: в 80% – тяжелая физическая нагрузка, в 77,5% – длительная статическая нагрузка, в 79,31% – беременность/роды, в 77,59% – ожирение, в 73,28% – наследственность. Прием гормонов и гиподинамия имели меньшую популярность и составили 61,2 и 57,76% соответственно. Такие виды профилактики, как прием флеботоников и ношение трикотажа, ценят не более 18,1 и 32,76% опрошенных.

Мы также изучили мнение респондентов о причинах рецидива после эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК). Наиболее популярными были ответы «длина оставляемой культи» (69,83%) и «линейная плотность энергии» (57,76%), остальные параметры оценили менее половины опрошенных. Следующими по популярности были «качество тумесцента» (44,83%) и «тип световода» (25,86%). «Длину волны» выбрали наименьшее количество респондентов (14,66%).

В плане способности влиять на развитие рецидива в своих силах уверены 68,1% опрошенных, и лишь 17,24% убеждены, что могут влиять и на прогрессирование варикозной болезни. Для лечения варикозной болезни специалисты отдают предпочтение склеротерапии и термическим методам абляции: 46,7 и 40,2% соответственно. Согласно выбранному объему вмешательства относительно облитерации большой подкожной вены (БПВ) / передней добавочной подкожной вены (ПДПВ) при интактной БПВ облитерировать оба ствола готовы 54,5%, а при интактной ПДПВ лишь 20,9% готовы подвергнуть термооблитерации обе вены.

Нами проведен статистический анализ ответов с акцентом на предпочтения по специальностям. Наиболее часто термин «рецидив» используют сосудистые хирурги (73%). Флебологов, выбравших этот вариант, лишь половина (55,56%). Именно среди флебологов достоверно больше тех, кто не приемлет термин «рецидив» в своей профессиональной лексике. Что примечательно, 26,7% специалистов не используют в своих заключениях этот термин, и достоверно чаще такие специалисты встречаются среди хирургов. Это при том, что ни один из респондентов, не использующих этот термин, не выбрал вариант «не применимо». Закономерно, что не готовы признавать свои рецидивы те, кто сам оперирует и сам наблюдает. Значимых различий в понимании термина «рецидив» не выявлено. Преобладающее большинство среди врачей всех специальностей определяют его согласно трактовке в клинических рекомендациях. Так, под термином «рецидив» флебологи чаще подразумевают появление варикозно расширенных вен в оперируемом бассейне (54,26%), а под прогрессированием – вне оперированного бассейна (50,53%). Сосудистые хирурги считают рецидивом наличие варикозно расширенных вен в бассейне оперированной подкожной вены (73,08%), а прогрессированием – вне оперированного бассейна (88,46%).

Проанализировав мнения респондентов о факторах выполнения хирургического вмешательства, влияющих на рецидив, мы получили достоверные различия. Для выполнения статистического анализа соответствий и представления его в графической форме мы объединили данные в *табл. 2* и каждому из факторов причин рецидива присвоили числовое значение.

Согласно графическому анализу (Correspondence analysis), в структуре причин рецидива сосудистые хирурги акцентируют внимание на сочетании типов хирургических вмешательств с неполным удалением ствола. Также сочетание таких факторов, как неполное удаление притоков с неполным удалением ствола, и типов хирургического вмешательства считают возможным залогом

Таблица 2. Причины рецидива заболевания, n (%)
Table 2. Causes of disease relapse, n (%)

№	Причина рецидива	Значение
1	Тип хирургического вмешательства	28 (24,1%)
2	Неполное удаление варикозно расширенных притоков	54 (46,55%)
3	Сохранение несостоятельной БПВ и (или) МПВ (за исключением случаев применения способов CHIVA и ASVAL)	91 (77,6%)
4	Нарушение протокола вмешательства	89 (76,7%)
5	Неполное удаление ствола подкожной вены с рефлюксом	86 (74,14)
6	Оставление неизмененного ствола БПВ/МПВ в средней трети и нижней трети голени	14 (12,07%)
7	Отказ от компрессионного трикотажа	21 (18,1%)
8	Отказ от приема флеботоников	3 (2,56%)
9	Отказ от обработки перфорантных вен вне трофических изменений	22 (18,97%)

Примечание. БПВ – большая подкожная вена; МПВ – малая подкожная вена; CHIVA (Ambulatory Conservative Haemodynamic Treatment of Venous Insufficiency) – амбулаторное миниинвазивное гемодинамическое лечение венозной недостаточности; ASVAL (Ambulatory Selective Varices Ablation under Local Anaesthesia) – амбулаторная селективная абляция вариксов под местной анестезией.

рецидива. Флебологи и хирурги считают значимыми комбинации оставленных стволов с притоками, тип вмешательства с отказом от трикотажа. Мнения специалистов УЗИ разнообразны и не имеют достоверных совпадений.

В ответах по влиянию на прогрессирование заболевания также выявлены интересные закономерности. Для выполнения статистического анализа соответствий и представления его в графической форме мы объединили данные в *табл. 3* и каждому из факторов прогрессирования рецидива присвоили числовое значение.

На основании полученных распределений в результате графического анализа (Correspondence analysis) выявлено, что сосудистые хирурги предполагают комбинации отказа от трикотажа в сочетании с длительной статической нагрузкой и комбинации статической нагрузки с отказом от флеботоников и гиподинамией наиболее предполагающими к прогрессированию. Флебологическое комбо включает беременность либо отказ от трикотажа в сочетании гиподинамией, статической нагрузкой и пренебрежением флеботониками. Также сочетание двух нагрузок – физической и статической – флебологами не приветствуются. Хирурги солидарны с флебологами в сочетаниях, однако достоверность этой закономерности ниже. Мнения специалистов УЗИ разнообразны.

Таблица 3. Причины прогрессирования варикозной болезни, n (%)

Table 3. Causes of progression of varicose veins, n (%)

№	Причина прогрессирования	Значение
1	Отказ от компрессионного трикотажа	38 (32,76%)
2	Отказ от приема флеботоников	21 (18,1%)
3	Тяжелая физическая нагрузка	87 (75%)
4	Гиподинамия	67 (57,76%)
5	Длительная статическая нагрузка	93 (80,17%)
6	Прием гормонов	71 (61,2%)
7	Беременность/роды	92 (79,31%)
8	Ожирение	90 (77,59%)
9	Наследственность	85 (73,28%)

Таблица 4. Причины рецидива варикозной болезни после эндовазальной лазерной коагуляции, n (%)

Table 4. Causes of recurrence of varicose veins after endovasal laser coagulation, n (%)

№	Причина рецидива	Значение
1	Длина оставляемой культи на риск рецидива при ЭВЛК	81 (69,83%)
2	Тип световода на риск рецидива при ЭВЛК	30 (25,86%)
3	Длина волны на риск рецидива при ЭВЛК	17 (14,66%)
4	Линейная плотность энергии на риск рецидива при ЭВЛК	67 (57,76%)
5	Качество тумесцента на риск рецидива при ЭВЛК	52 (44,83%)

Примечание. ЭВЛК – эндовазальная лазерная коагуляция.

Мы также изучили мнение респондентов о причинах рецидива после ЭВЛК. Каждой из причин рецидива присвоено числовое значение в табл. 4.

Графический анализ соответствий (Correspondence analysis) отражает преимущественное отношение сосудистых хирургов к длине оставленной культи в прогнозе рецидива после ЭВЛК. Значимые комбинации среди причин для сосудистых хирургов и флебологов разнообразны, что говорит о том, что каждый выбирает для себя ту или иную ведущую совокупность факторов, которая приведет к рецидиву поля ЭВЛК. Мнения хирургов и врачей УЗИ были сопоставимы, врачи сочетали длину волны с линейной плотностью энергии. Согласно выбранному объему вмешательства облитерации БПВ/ПДПВ очевидно, что коллеги видят ствол БПВ более ненадежным в плане прогноза для прогрессирования, чем ствол ПДПВ, и готовы устранять его в большем числе случаев.

ОБСУЖДЕНИЕ

За последнее время в связи с развитием амбулаторной хирургии варикозной болезни меняются взгляды на тактические алгоритмы хирургического лечения варикозной болезни. Уходят в прошлое подходы к радикализму, набирают обороты миниинвазивные операции, направленные на точечное устранение источника варикоза/рефлюкса, веносохраняющие операции [3, 7]. То, что еще недавно однозначно трактовалось как рецидив за счет тактической ошибки, сегодня оказывается оговоркой, исключающей запланированную тактику хирурга [3]. Понятие «прогрессирование варикозной болезни» обрело четкие критерии. Его критерии, равно как и критерии рецидива варикозной болезни, конкретно отражены в актуальных клинических рекомендациях. Однако поводы для употребления того или иного термина у многих специалистов различны. Это обусловлено как пониманием самого термина, так и уровнем коллегиальности среди специалистов, занимающихся варикозной болезнью [9]. Выявленные различия в понимании самих терминов в определенном объеме зависят от специальности и влияют на понимание их составляющих, что, несомненно, отражается на акцентах в рекомендациях для пациентов по профилактике, несмотря на единую нормативную базу (аннотации, инструкции, рекомендации). Так, акценты, расставленные на приеме флеботоников, ношении эластического трикотажа и ограничении нагрузок, различны у врачей как различных специальностей, так и одной.

В большинстве своем максимально категоричными в определении рецидива оказываются сосудистые хирурги. Можно предположить, что это связано с устойчивыми взглядами относительно комбинированной флебэктомии, но для однозначного ответа необходим отдельный анализ. Хочется отметить, что, несмотря на разность в комбинациях ответов относительно факторов рецидива/прогрессирования, представление о возможности предотвратить тот или иной процесс характеризуется общностью мнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Невзирая на имеющиеся мнения специалистов, не всегда соответствующие клиническим рекомендациям и общепризнанной распространенной статистике, и проявляющиеся иногда недостатки коллегиальности, в целом вектор, направленный на актуальное понимание проблем лечения варикозной болезни и, как следствие, ее повторных эпизодов, можно считать заданным в соответствии с современными стандартами и реалиями.

Поступила / Received 04.01.2024

Поступила после рецензирования / Revised 20.02.2024

Принята в печать / Accepted 04.04.2024

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Хрыщанович ВЯ, Третьяк СИ, Романович АВ. Рецидив варикозной болезни: неадекватное хирургическое лечение по-прежнему остается проблемой? *Флебология*. 2010;4(3):71–73. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/flebologiya/2010/3/031997-69762010312>.
Khrushchyanovich VYa, Tretiak SI, Romanovich AV. Recurrent varicosis: does inadequate surgical treatment remain a problem? *Flebologiya*. 2010;4(3):71–73. (In Russ.) Available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/flebologiya/2010/3/031997-69762010312>.
2. Van der Velden SK, Pichot O, van den Bos RR, Nijsten TE, De Maeseneer MG. Management strategies for patients with varicose veins (C2–C6): results of a worldwide survey. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2015;49(2):213–220. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2014.11.006>.
3. Камаев АА, Булатов ВЛ, Вахрамьян ПЕ, Волков АМ, Волков АС, Гаврилов ЕК и др. Варикозное расширение вен. *Флебология*. 2022;16(1):41–108. <https://doi.org/10.17116/flebo20221601141>.
Kamaev AA, Bulatov VL, Vakhratyanyan PE, Volkov AM, Volkov AS, Gavrilov EK et al. Varicose Veins. *Flebologiya*. 2022;16(1):41–108. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/flebo20221601141>.
4. Кириенко АИ, Стойко ЮМ, Богачев ВЮ, Андрияшкин ВВ, Аракелян ВС, Бебуришвили АГ и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. *Флебология*. 2013;7(2):1–49. Режим доступа: <https://www.mrckb.ru/files/flebologii.pdf>.
Kirienko AI, Stoiko Yum, Bogachev VYu, Andriyashkin VV, Arakelyan VS, Beburishvili AG et al. Russian clinical guidelines for the diagnosis and treatment of chronic venous diseases. *Flebologiya*. 2013;7(2):1–49. (In Russ.) Available at: <https://www.mrckb.ru/files/flebologii.pdf>.
5. Кулакова АЛ. Современные методы лечения варикозной болезни нижних конечностей. *Здоровье и образование в XXI веке*. 2017;19(12):47–51. Режим доступа: <https://elibrary.ru/zxxotz>.
Kulakova AL. Modern methods of treatment for varicose veins of lower limbs. *Health and Education Millennium*. 2017;19(12):47–51. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/zxxotz>.
6. Recek C. The hemodynamic paradox as a phenomenon triggering recurrent reflux in varicose vein disease. *Int J Angiol*. 2012;21(3):181–186. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1325168>.
7. Беленцов СМ. Миниинвазивная хирургия варикозной болезни нижних конечностей. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2009;15(1):85–90. Режим доступа: <https://www.angiolsurgery.org/magazine/2009/1/11.htm>.
Belentsov SM. Minimally invasive surgery of lower-limb varicose disease review of literature. *Angiology and Vascular Surgery*. 2009;15(1):85–90. (In Russ.) Available at: <https://www.angiolsurgery.org/magazine/2009/1/11.htm>.
8. Кириенко АИ, Богачев ВЮ, Золотухин КА. Эхо-склеротерапия варикозной болезни. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2000;6(1):45–49. Режим доступа: <https://www.angiolsurgery.org/magazine/2000/1/7.htm>.
Kirienko AI, Bogachev VYu, Zolotukhin KA. Echosclectherapy of varicosis. *Angiology and Vascular Surgery*. 2000;6(1):45–49. (In Russ.) Available at: <https://www.angiolsurgery.org/magazine/2000/1/7.htm>.
9. Lurie F, Creton D, Eklof B, Kabnick LS, Kistner RL, Pichot O et al. Prospective randomised study of endovenous radiofrequency obliteration (closure) versus ligation and vein stripping (EVOLVeS): two-year follow-up. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2005;29(1):67–73. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2004.09.019>.
10. Theivacumar NS, Darwood R, Gough MJ. Neovascularisation and recurrence 2 years after varicose vein treatment for sapheno-femoral and great saphenous vein reflux: a comparison of surgery and endovenous laser ablation. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2009;38(2):203–207. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2009.03.031>.
11. Смирнов АА, Куликов ЛК, Привалов ЮА, Собоотович ВФ. Рецидив варикозного расширения вен нижних конечностей. *Новости хирургии*. 2015;23(4):447–451. Режим доступа: https://www.surgery.by/pdf/full_text/2015_4_13_ft.pdf.
Smirnov AA, Kulikov LK, Privalov YuA, Sobotovich VF. Recurrence of varicose veins of the lower extremities. *Novosti Khirurgii*. 2015;4(23):447–451. (In Russ.) Available at: https://www.surgery.by/pdf/full_text/2015_4_13_ft.pdf.
12. Куликова АН, Гафурова ДР. Эволюция хирургических и эндовасальных методов коррекции стволового венозного рефлюкса у больных с варикозной болезнью нижних конечностей. *Клиническая медицина*. 2013;91(7):13–18. Режим доступа: <https://elibrary.ru/qwqush>.
Kulikova AN, Gafurova DR. Evolution of surgical and endonasal methods for correction of main-stem venous reflux in patients with primary varicosis of the lower extremities. *Clinical Medicine (Russian Journal)*. 2013;91(7):13–18. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/qwqush>.
13. Rasmussen L, Lawaetz M, Serup J, Bjoern L, Vennits B, Blemings A, Eklof B. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy, and surgical stripping for great saphenous varicose veins with 3-year follow-up. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2013;1(4):349–356. <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2013.04.008>.
14. Бурлева ЕП, Смирнов ОА, Тюрин СА. К вопросу о стриппинге большой подкожной вены. *Флебология*. 2017;11(2):76–82. <https://doi.org/10.17116/flebo201711276-82>.
Burleva EP, Smirnov OA, Tyurin SA. Stripping of Great Saphenous Vein. *Flebologiya*. 2017;11(2):76–82. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/flebo201711276-82>.

Вклад авторов:

Концепция статьи – В.Ю. Богачев, О.А. Алуханян

Концепция и дизайн исследования – С.М. Маркин, П.Ф. Кравцов, Г.Н. Ванян

Написание текста – Г.Н. Ванян, С.М. Маркин, А.С. Артемова

Сбор и обработка материала – С.М. Маркин, А.С. Артемова

Обзор литературы – Г.Н. Ванян, А.С. Артемова, П.Ф. Кравцов

Анализ материала – С.М. Маркин, А.С. Артемова, Г.Н. Ванян

Статистическая обработка – А.С. Артемова

Редактирование – С.М. Маркин, П.Ф. Кравцов

Утверждение окончательного варианта статьи – В.Ю. Богачев, О.А. Алуханян

Contribution of authors:

Concept of the article – Vadim Yu. Bogachev, Ovik A. Alukhanyan

Study concept and design – Sergey M. Markin, Pavel F. Kravtsov, Grant N. Vanyan

Text development – Grant N. Vanyan, Sergey M. Markin, Anastasia S. Artemova

Collection and processing of material – Sergey M. Markin, Anastasia S. Artemova

Literature review – Grant N. Vanyan, Anastasia S. Artemova, Pavel F. Kravtsov

Material analysis – Sergey M. Markin, Anastasia S. Artemova, Grant N. Vanyan

Statistical processing – Anastasia S. Artemova

Editing – Sergey M. Markin, Pavel F. Kravtsov

Approval of the final version of the article – Vadim Yu. Bogachev, Ovik A. Alukhanyan

Информация об авторах:

Богачев Вадим Юрьевич, д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии №2 лечебного факультета, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова; 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1; <https://orcid.org/0000-0002-3940-0787>; vadim.bogachev63@gmail.com

Алукханын Овик Арменович, д.м.н., профессор кафедры кардиохирургии и кардиологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Седина, д. 4; <https://orcid.org/0000-0001-8982-7095>; alovik@yandex.ru

Ванян Грант Николаевич, ассистент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, Кубанский государственный медицинский университет; 350063, Россия, Краснодар, ул. Седина, д. 4; <https://orcid.org/0000-0002-4227-1023>; grant.93@mail.ru

Маркин Сергей Михайлович, к.м.н., врач-хирург, Санкт-Петербургская клиническая больница Российской академии наук; 194017, Россия, Санкт-Петербург, пр. Тореца, д. 72а; <https://orcid.org/0000-0002-4026-3863>; 89052029192@rambler.ru

Артемова Анастасия Сергеевна, аспирант, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова; 197341, Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2; <https://orcid.org/0000-0003-4885-8156>; anastasia_artemova@mail.ru

Кравцов Павел Федорович, к.м.н., сердечно-сосудистый хирург, Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; <https://orcid.org/0000-0002-1283-5342>; kravtsovpf@mail.ru

Information about the authors:

Vadim Yu. Bogachev, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Faculty Surgery No. 2, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov St., Moscow, 117997, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-3940-0787>; vadim.bogachev63@gmail.com

Ovik A. Alukhanyan, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Cardiac Surgery and Cardiology, Faculty of Vocational Education and Professional Retraining of Specialists, Kuban State Medical University; 4, Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-8982-7095>; alovik@yandex.ru

Grant N. Vanyan, Assistant, Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy, Kuban State Medical University; 4, Sedin St., Krasnodar, 350063, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-4227-1023>; grant.93@mail.ru

Sergey M. Markin, Cand. Sci. (Med.), Surgeon, St Petersburg Clinical Hospital RAS; 72A, Thorez Ave., St Petersburg, 194017, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-4026-3863>; 89052029192@rambler.ru

Anastasia S. Artemova, Postgraduate Student, Almazov National Medical Research Centre; 2, Akkuratov St., St Petersburg, 197341, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-4885-8156>; anastasia_artemova@mail.ru

Pavel F. Kravtsov, Cand. Sci. (Med.), Vascular Surgeon, Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-1283-5342>; kravtsovpf@mail.ru