

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AL
REPUBLICII MOLDOVA
IP UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”**

Cu titlu de manuscris
C.Z.U.: 616.147.3-007.64-089 (043.2)

MALOGHIN VASILE

**REZULTATELE LA DISTANȚĂ ALE TRATAMENTULUI
CHIRURGICAL AL MALADIEI VARICOASE A MEMBRELOR
INFERIOARE: ASPECTE CLINICE ȘI HEMODINAMICE**

321.13 – CHIRURGIE

Teză de doctor în științe medicale

Conducător științific:

**GUȚU EUGEN,
Doctor habilitat în științe medicale,
profesor universitar
(321.13 – chirurgie)**

Autor:

MALOGHIN VASILE

CHIȘINĂU, 2018

© Maloghin Vasile, 2018

CUPRINS

ADNOTARE (ÎN LIMBILE ROMÂNĂ, RUSĂ, ENGLEZĂ)	5
LISTA ABREVIERILOR	8
INTRODUCERE	9
Capitolul 1. VIZIUNI ACTUALE ASUPRA PROBLEMEI RECIDIVEI POSTOPERATORII A MALADIEI VARICOASE	17
1.1. Conceptul, datele epidemiologice și clasificarea recidivei postoperatorii a maladiei varicoase	17
1.2. Cauzele și mecanismele patofiziologice ale dezvoltării recidivei maladiei varicoase	22
1.3. Diagnosticul clinic și imagistic al maladiei varicoase recidivante	30
1.4. Măsurile de prevenire a recidivei maladiei varicoase a membrilor inferioare	35
1.5. Concluzii la capitolul 1	40
Capitolul 2. MATERIALUL CLINIC ȘI METODE DE CERCETARE	41
2.1. Design-ul general al studiului și caracteristica clinico-demografică a bolnavilor	41
2.2. Metode clinice și instrumentale de evaluare a rezultatelor la distanță ale tratamentului chirurgical	47
2.3. Metode de cercetare a calității vieții pacienților operați	55
2.4. Concluzii la capitolul 2	58
Capitolul 3. IMPACTUL CLINIC ȘI HEMODINAMIC AL INTERVENȚIEI CHIRURGICALE ÎN CAZUL MALADIEI VARICOASE	60
3.1. Analiza indicațiilor și volumul intervenției chirurgicale primare	60
3.2. Rezultatele clinice ale tratamentului chirurgical	68
3.3. Rezultatele duplex scanării sistemului venos al membrilor inferioare în perioada postoperatorie la distanță	74
3.4. Concluzii la capitolul 3	86
Capitolul 4. FACTORII ASOCIAȚI CU RECURENȚA POSTOPERATORIE A MALADIEI VARICOASE ȘI IMPACTUL CLINIC AL ACESTEIA	88
4.1. Determinarea factorilor asociați cu recurența „imagistică” și recurența „clinică” ale maladiei varicoase	88
4.2. Importanța clinică a recurenței postoperatorii a maladiei varicoase	99
4.3. Concluzii la capitolul 4	109
SINTEZA REZULTATELOR OBȚINUTE	111

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	121
BIBLIOGRAFIE	124
ANEXE	137
Anexa 1. Clasificarea venelor recurente după tratament chirurgical REVAS	137
Anexa 2. Acordul informat pentru participarea pacientului în studiu	140
Anexa 3. Clasificarea CEAP revizuită	145
Anexa 4. Chestionarul ABC-V pentru autoevaluarea calității vieții în boala venoasă cronică	150
Anexa 5. Acte de implementare	153
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	156
CV-UL AUTORULUI	157

ADNOTARE

Maloghin Vasile „Rezultatele la distanță ale tratamentului chirurgical al maladii varicoase a membrelor inferioare: aspecte clinice și hemodinamice”. Teză de doctor în științe medicale, Chișinău, 2018, care constă din introducere, 4 capitole, sinteza rezultatelor obținute, concluzii, recomandări, bibliografie din 151 titluri, 123 pagini conținut de bază, 14 tabele, 16 figuri. Rezultatele obținute sunt publicate în 14 lucrări științifice.

Cuvinte cheie: boala varicoasă, insuficiența venoasă cronică, clasificarea CEAP, crosectomie, flebectomie, vene recurente, duplex scanare, reflux venos patologic, neovascularizare, calitatea vieții.

Domeniul de studiu: 321.13 – chirurgie.

Scopul lucrării: Identificarea factorilor de risc ai persistenței sau recurenței simptomelor clinice și a tulburărilor hemodinamice venoase la bolnavii în perioada postoperatorie tardivă după tratamentul chirurgical al maladii varicoase a membrelor inferioare.

Obiectivele lucrării: Studiarea frecvenței, cauzelor și variantelor de recidivă a maladii varicoase după operație, definirea corelației simptomatice clinice cu dereglările hemodinamicii venoase, evaluarea influenței refluxului venos recidivant asupra calității vieții bolnavilor, elaborarea modalităților de ameliorare a rezultatelor la distanță ale tratamentului chirurgical al maladii varicoase.

Noutatea și originalitatea științifică: S-au stabilit trei tipuri de rezultate la distanță ale tratamentului chirurgical al maladii varicoase: lipsa recidivei, recidivă „imagistică” și „clinică”. S-a demonstrat influența limitată a factorilor clinico-demografici asupra dezvoltării recidivei postoperatorii a venelor varicoase. S-au depistat sursele principale ale refluxului venos recidivant după intervenția chirurgicală. A fost identificată o serie de erori tactice și tehnice intraoperatorii, care duc la recidivă. Este demonstrată ineficacitatea compresiei elastice postoperatorii îndelungate și a preparatelor flebotonice în scăderea frecvenței recidivei. Pentru prima dată s-a demonstrat, că recidiva „imagistică” a maladii varicoase este semnificativă clinic și social, și înrăutățește calitatea vieții pacienților.

Problema științifică soluționată: S-a identificat un complex de factori de risc veridici – clinici, anamnestici și instrumentali, ai persistenței sau recidivării dereglărilor hemodinamice și a simptomatice venoase după intervenția chirurgicală, s-a optimizat tactica chirurgicală perioperatorie, s-au determinat modalitățile de îmbunătățire a rezultatelor la distanță.

Semnificația teoretică: S-au identificat cauzele dezvoltării recidivei postoperatorii a venelor varicoase, a fost justificată tactica perioperatorie în maladia varicoasă.

Valoarea aplicativă a lucrării: A fost îmbunătățită evaluarea rezultatelor la distanță ale tratamentului chirurgical al venelor varicoase, elaborate căile de ameliorare a rezultatelor tratamentului chirurgical al maladii varicoase.

Implementarea rezultatelor științifice: Rezultatele obținute în studiu, principiile fundamentale și recomandările practice sunt utilizate în procesul didactic al Catedrei Chirurgie Generală și Semiologie nr.3 a USMF „Nicolae Testemițanu”, în practica cotidiană a secțiilor chirurgicale ale IMSP SCM nr.1, IMSP SCM „Sfântul Arhanghel Mihail” mun. Chișinău.

РЕЗЮМЕ

Малогин Василий «Отдалённые результаты хирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей: клинические и гемодинамические аспекты». Диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук, Кишинев, 2018, которая состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, рекомендаций, библиографии из 151 источников, 123 страниц основного текста, 14 таблиц, 16 рисунков. Полученные результаты были опубликованы в 14 научных работах.

Ключевые слова: варикозное расширение вен, хроническая венозная недостаточность, классификация CEAP, кроссэктомия, флебэктомия, рецидивный варикоз, дуплексное сканирование, патологический венозный рефлюкс, неоваскуляризация, качество жизни.

Область исследования: 321.13 – хирургия.

Цель работы: Выявление факторов риска сохранения или рецидивирования клинических симптомов и нарушений венозной гемодинамики у больных в позднем послеоперационном периоде после хирургического лечения варикозной болезни.

Задачи исследования: Изучение частоты, причин и вариантов рецидива варикозной болезни после операции, определение взаимосвязи клинической симптоматики с нарушениями венозной гемодинамики, оценка влияния рецидивного венозного рефлюкса на качество жизни больных, разработка путей улучшения отдаленных результатов оперативного лечения варикозных вен.

Новизна и оригинальность исследований: Установлены три типа отдалённых результатов хирургического лечения варикозной болезни: отсутствие рецидива, «инструментальный» и «клинический» рецидив. Доказано ограниченное влияние клинико-демографических факторов на развитие послеоперационного рецидива варикозных вен. Выявлены основные источники рецидивного венозного рефлюкса после операции. Идентифицирован ряд интраоперационных тактических и технических ошибок, приводящих к рецидиву. Доказана неэффективность длительной послеоперационной эластической компрессии и флеботонических препаратов для снижения частоты рецидива. Впервые доказано, что «инструментальный» рецидив варикозной болезни является клинически и социально значимым, и ухудшает качество жизни больных.

Решенная научная задача: Установлен комплекс достоверных клинических, анамнестических и инструментальных факторов риска сохранения или рецидива гемодинамических нарушений и венозных симптомов после операции, оптимизирована периоперационная тактика, определены пути улучшения отдаленных результатов хирургического лечения варикозных вен.

Теоретическая значимость: Определены причины развития послеоперационного рецидива варикозных вен, обоснована оптимальная периоперационная тактика при варикозной болезни.

Практическая значимость: Улучшена оценка отдаленных результатов хирургического лечения варикозных вен, разработаны пути улучшения результатов хирургического лечения варикозной болезни.

Внедрение научных результатов: Результаты исследования внедрены в учебный процесс кафедры общей хирургии №3 ГУМФ «Н.Тестемицану» и в практику хирургических отделений ГКБ №1, ГКБ «Св.Архангел Михаил», города Кишинева.

SUMMARY

Maloghin Vasile “Long-term results of surgery for varicose veins of the lower limbs: clinical and hemodynamic aspects”. Thesis for scientific degree of MD, Chisinau, 2018, which includes introduction, 4 chapters, summary, conclusions, recommendations, references of 151 sources, 123 pages of basic text, 14 tables, 16 figures. The obtained results were published in 14 scientific works.

Key words: varicose veins, chronic venous insufficiency, CEAP classification, crossectomy, phlebectomy, recurrent varicose, duplex sonography, abnormal venous reflux, neovascularization, quality of life.

The research domain: 321.13 – surgery.

Study aim: Identification of risk factors for the persistence or recurrence of clinical symptoms and venous hemodynamics disorders in patients in the late postoperative period after surgical treatment for varicose veins of lower limbs.

The research objectives: To study the incidence, causes and variants of the varicose veins recurrence after surgery, the relationship between clinical symptoms and venous hemodynamics, the impact of recurrent venous reflux on the patients’ quality of life, the determination of measures which can improve the long-term results of surgery for varicose veins.

The novelty and the scientific originality: Three types of long-term results after surgical varicose veins treatment have been established: no recurrent varices, „instrumental” and „clinical” recurrence. It was proved the limited influence of clinico-demographic factors on the postoperative incidence of recurrent varicose veins. There are identified the main sources of recurrent venous reflux after surgery. A number of intraoperative tactical and technical errors that lead to recurrence have been identified. Long-term postoperative elastic compression and phlebotonic drugs were ineffective for decreasing of recurrent varicose veins. It was proved that the „instrumental” recurrence of varicose veins is significant both clinically and socially, and can worsen the patients’ quality of life.

The scientific solved problem: Has been identified a complex of reliable clinical, anamnestic and instrumental risk factors of persistent or recurrent haemodynamic disturbances and venous symptoms after surgery, was optimized the perioperative management in order to improve the long-term results after surgical treatment of varicose veins.

The theoretical significance: There were determined the causes of postoperative recurrent varices, and the optimal perioperative management of varicose veins was justified.

The applicative value of the work: It was improved assessment of the long-term results after surgical treatment of varicose veins, and measures which can improve the long-term results of surgery for varicose veins were outlined.

The implementation of the scientific results: Results of research were introduced into didactic process of the Chair of General Surgery and Semiology nr.3, SUMF “Nicolae Testemitanu” and practice of surgical departments of Municipal Clinical Hospital nr.1, Municipal Clinical Hospital “Sf.Arhanghel Mihail”, Kishinev.

LISTA ABREVIERILOR

ABC-V	chestionar pentru autoevaluare a calitatii vietii in boala venoasa cronica (eng. – <i>Assessment of Burden in Chronic Venous Disease</i>)
ASVAL	ablatie selectiva a venelor varicoase cu anestezie locala (fr. – <i>Ablation Sélective des Varices sous Anesthésie Locale</i>)
CEAP	clasificare a insuficientei venoase a membrilor inferioare – clinica, etiologica, anatomica si patofiziologica (eng. – <i>Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology</i>)
CHIVA	cura conservatorie si hemodinamica a insuficientei venoase in conditii de ambulator (fr. – <i>Cure Conservatrice et Hémodynamique de l’Insuffisance Veineuse en Ambulatoire</i>)
HCWVS	crosectomie inalta fara deconectare vasculara (eng. – <i>High Crossectomy Without Vascular Sectioning</i>)
IMC	indexul masei corporale
IMSP SCM 1	Institutia Medico-Sanitara Publica Spitalul Clinic Municipal nr.1
IVC	insuficienta venoasa cronica
JSF	jonctiunea safeno-femurala
JSP	jonctiunea safeno-popliteala
PREVAIT	prezenta venelor varicoase dupa tratament chirurgical (eng. – <i>PREsence of Varices After Interventional Treatment</i>)
PRO	rezultatul tratamentului, ce este comunicat de catre pacient (eng. – <i>Patient Reported Outcome</i>)
PTFE	politetrafluoretilena
REVAS	varice recurente dupa tratament chirurgical (eng. – <i>REcurrent Varices After Surgery</i>)
SEPS	intreruperea endoscopica subfasciala a venelor perforante (eng. – <i>Subfascial Endoscopic Perforator Surgery</i>)
10-SRP	scala de rang de 10 puncte
VCSS	scor pentru evaluarea severitatii simptomelor patologiei venoase (eng. – <i>Venous Clinical Severity Score</i>)
VDS	scor venos de dizabilitate (eng. – <i>Venous Disability Score</i>)
VEIN-TERM	document de consensus interdisciplinar transatlantic referitor la terminologia patologiilor venoase cronice
Ve-QOL	chestionar de evaluare a calitatii vietii la pacientii cu insuficienta venoasa (eng. – <i>Venous Quality Of Life</i>)
VPI	vene perforante incompetente
VSM	vena safena magna
VSP	vena safena parva

INTRODUCERE

Actualitatea temei și importanța problemei

Dilatarea varicoasă a venelor membrelor inferioare este o maladie extrem de frecventă [9, 22, 138]. Conform diferitor date, de la 20% până la 30% din populația adultă din întreaga lume suferă de vene varicoase [13, 68, 73]. Mecanismul de bază al dilatării varicoase este refluxul venos patologic, care provoacă hipertensiune venoasă și determină severitatea tulburărilor hemodinamice, simptomatologia clinică specifică, precum și instalarea sindromului insuficienței venoase cronice (IVC) [49, 124, 150]. În pofida introducerii în practică a numeroaselor tipuri de intervenții endovenoase, inclusiv a ablației termice și chimice a venelor superficiale și perforante [52, 73], metoda de bază de corecție a maladiei varicoase este intervenția chirurgicală clasică „deschisă” [58].

Cu toate acestea o problemă comună după intervențiile chirurgicale la pacienții cu maladia venoasă cronică sunt venele varicoase reziduale și recidivante [23, 112]. În marea majoritate a publicațiilor științifice se raportează o rată a recurenței după intervenția chirurgicală de 20-40% [126, 131, 135]. Totodată, în unele studii varicele recurente au fost depistate în 50-60% cazuri [13, 33, 68], sau chiar în 80% [74, 112]. Aceasta se explică atât prin diferențele în definirea recidivei propriu-zise, cât și prin varietatea metodelor chirurgicale de tratament, evaluarea bolnavilor după intervenție într-un volum diferit, fără utilizarea unor metode analogice de investigație clinică și instrumentală la etapa postoperatorie, dar și durata neomogenă a perioadei de observație [124, 126]. Introducerea pe scară largă a metodelor non-invazive de diagnosticare a patologiei venoase, precum duplex scanarea ultrasonoră, nu numai că a oferit un instrument nou și eficient pentru monitorizarea rezultatelor postoperatorii [124, 138], dar a schimbat și viziunile referitoare la mecanismele de dezvoltare a recidivei venelor varicoase [74, 138].

În pofida incidenței înalte a recurenței postoperatorii a venelor varicoase ale membrelor inferioare, etiologia și patogeneza dezvoltării acestora nu sunt pe deplin înțelese [11]. Au fost propuse numeroase teorii referitoare la mecanismele și cauzele de bază ale recidivării varicelor [5, 74]. În mod tradițional și cel mai frecvent dezvoltarea recurenței varicoase se explică prin carențele în diagnosticul preoperator și cele ce țin de tehnica chirurgicală [43, 138]. De asemenea, se menționează rolul factorilor de risc, care duc la dezvoltarea și progresarea maladiei varicoase, incluzând ereditatea, sarcina și nașterea, terapia hormonală, obezitatea și particularitățile activității profesionale [96, 110]. În pofida varietăților considerabile ale caracteristicilor anatomo-hemodinamice și divergențelor de opinii cu privire la etiologia venelor

varicoase recurente, cauzele dezvoltării ultimilor pot fi împărțite în patru grupe de bază: erori tehnice, erori tactice, progresarea maladiei și fenomenul de neovascularizare [5, 11, 33, 74, 110].

Așadar, rămâne neclară frecvența reală a recurenței varicelor după tratamentul chirurgical al maladiei varicoase a membrilor inferioare, precum și influența caracterului și a severității tulburărilor hemodinamicii venoase postoperatorii asupra dezvoltării recidivei propriu-zis. Nu sunt stabilite pe deplin cauzele dezvoltării recidivei postoperatorii a varicelor, precum și rolul anumitor factori și mecanisme în epidemiologia venelor varicoase recurente. Nu sunt evidențiate clar factorii de risc pre-, intra-, și postoperatori, ce pot contribui la progresarea, persistența sau recurența postoperatorie a maladiei varicoase. Precizarea acestora va permite elaborarea unor recomandări pentru optimizarea tratamentului chirurgical al varicelor, conduitei postoperatorii precoce și la distanță, precum și a metodelor de corecție a factorilor de risc ai recurenței maladiilor venoase. La momentul actual sunt insuficient studiate corelațiile între starea hemodinamicii venoase a membrilor inferioare și semnele clinice de insuficiență venoasă și calitatea vieții bolnavilor operați în trecut pentru varice. Prevenirea reapariției simptomelor insuficienței venoase după operația pentru varice va contribui semnificativ la ameliorarea calității vieții bolnavilor operați, micșorarea cheltuielilor legate de pierderile esențiale ale capacității de muncă și tratamentul de menținere sau de corijare și are o importanță majoră pentru sistemul sănătății publice.

Scopul studiului: Identificarea factorilor de risc ai persistenței sau recurenței simptomelor clinice și a tulburărilor hemodinamice venoase în perioada postoperatorie tardivă în vederea ameliorării rezultatelor tratamentului chirurgical al bolnavilor cu maladie varicoasă a membrilor inferioare.

Obiectivele principale ale studiului:

1. Studiarea frecvenței dezvoltării recidivei „clinice” și „imagistice” a maladiei varicoase a membrilor inferioare în perioada postoperatorie tardivă.
2. Sistematizarea cauzelor și diferitor variante ale maladiei varicoase recidivante a membrilor inferioare în baza evaluării instrumentale a tulburărilor hemodinamicii venoase.
3. Stabilirea corelației dintre severitatea simptomelor insuficienței venoase cronice la bolnavii cu recidivă postoperatorie a venelor varicoase și caracterul și gradul tulburărilor hemodinamice venoase în extremitatea operată.
4. Identificarea factorilor clinico-instrumentali semnificativi pre-, intra- și postoperatori, care determină rezultatele tratamentului chirurgical al bolnavilor cu maladie varicoasă a membrilor inferioare.

5. Evaluarea în baza chestionarelor specializate pentru patologia venoasă a influenței refluxului venos patologic recidivant asupra calității vieții pacienților operați.
6. Elaborarea modalităților de ameliorare a rezultatelor la distanță ale tratamentului chirurgical al maladei varicoase a membrelor inferioare.

Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor obținute.

Au fost studiate rezultatele la distanță ale tratamentului chirurgical al maladei varicoase a membrelor inferioare, în baza analizei retrospective a fișelor medicale și examenului de control a 110 pacienți (157 extremități inferioare). De altfel, perioada de supraveghere a constituit în mediu aproximativ 80 de luni din momentul intervenției chirurgicale primare, ceea ce conform recomandărilor acceptate în literatura medicală, este suficient pentru evaluarea deplină a rezultatelor la distanță și obținerea concluziilor fiabile.

Este argumentată teoretic oportunitatea clasificării rezultatelor tratamentului chirurgical la distanță a maladei varicoase a extremităților inferioare în trei grupe: lipsa recidivei maladei varicoase; recidiva „imagistică”, adică prezența refluxului venos patologic în lipsa venelor varicoase vizibile; și recidiva „clinică”, exprimată prin prezența refluxului venos patologic în asociere cu venele varicoase vizibile.

Pentru prima dată, în baza analizei comparative a datelor clinico-demografice, s-a stabilit, că excesul masei corporale la momentul intervenției chirurgicale, prezența anamnezei familiale pozitive de vene varicoase și aflarea de lungă durată, mai mult de 6 ore în zi, în ortostatism sunt factorii veridici de risc în dezvoltarea recidivei „clinice” postoperatorii a maladei varicoase a membrelor inferioare. Din contra, asemenea factori pacient-dependenți precum cei demografici, constituționali, ereditari și profesionali nu influențează asupra persistării sau recurenței refluxului patologic venos asimptomatic, adică asupra recidivei postoperatorii „imagistice”.

S-a demonstrat, că la pacienții cu recidivă „clinică” a maladei varicoase gradul de răspândire și diametrul venelor varicoase, adică, extinderea „complexului varicos” conform scalei VCSS, nu corespunde severității simptomatice subiective a IVC și, respectiv, nu poate fi utilizată ca un criteriu unic pentru determinarea severității clinice a recidivei maladei și stabilirea indicațiilor către intervenția chirurgicală repetată.

Pentru prima dată în baza datelor duplex scanării s-a constatat, că joncțiunea safeno-femurală incompetentă sau tributarele acesteia reprezintă sursa cea mai frecventă a refluxului venos postoperator persistent sau a celui recidivant. Cauzele probabile ale crosectomiei inefective au fost: păstrarea bontului VSM cu lungimea mai mare de un centimetru, asociată cu incompetența aparatului valvular al JSF, prezența tributarelor incompetente ale crosei VSM și, în special, a venei safene accesorie anterioare, cât și fenomenul de neovascularizare.

S-a demonstrat, că un rol important în dezvoltarea recidivei maladiei varicoase a membrelor inferioare este deținut de către erorile tactice și tehnice, comise în timpul intervenției chirurgicale primare: crosectomia incompletă, înlăturarea VSM segmentar competente, neînlăturarea refluxului prin VSP, întreruperea neargumentată a venelor perforante ale gambei.

S-a demonstrat, că la dezvoltarea recidivei clinice semnificative a maladiei varicoase pot contribui numeroase și diverse variante ale refluxului venos patologic recidivant, însă în cazul erorilor tehnice în efectuarea crosectomiei, sindromului congestiei venoase pelvine și a multiplelor surse de reflux se atestă tendința spre o recidiva mai timpurie și mai severă a maladiei.

S-a demonstrat, că compresia elastică postoperatorie îndelungată și utilizarea regulată a preparatelor flebotonice nu contribuie la îmbunătățirea rezultatelor tratamentului și micșorarea frecvenței dezvoltării recidivei atât „clinice”, cât și „imagistice” a maladiei varicoase a membrelor inferioare.

Pentru prima dată în baza evaluării rezultatelor obținute în urma utilizării scorului venos de dizabilitate, parte componentă a clasificării CEAP, s-a dovedit, că doar recidiva „clinică” a maladiei venoase limitează semnificativ capacitatea de muncă a bolnavilor în perioada postoperatorie. Totodată, la marea majoritate a pacienților cu recurența venelor varicoase gradul de micșorare a capacității de muncă nu este esențial, bolnavii rămânând capabili de a-și exercita activitățile lor profesionale cotidiene chiar și fără utilizarea compresiei elastice.

Pentru prima dată s-a demonstrat, că recidiva „imagistică” a maladiei varicoase conform rezultatelor evaluării complexe a severității patologiei venoase și a calității vieții la bolnavii după intervenția chirurgicală în acord cu scalele 10-SRP, ABC-V și Ve-QOL, este relevantă din punct de vedere clinic și social, chiar și în absența manifestărilor obiective ale maladiei.

Problema științifică soluționată.

S-a identificat un complex de factori de risc veridici – clinici, anamnestici și instrumentali, ai persistării sau recidivării dereglărilor hemodinamice și a simptomatiei venoase după intervenția chirurgicală pentru varice, s-a optimizat tactica chirurgicală perioperatorie, s-au determinat modalitățile de îmbunătățire a rezultatelor postoperatorii la distanță.

Importanța teoretică și valoarea aplicativă a lucrării. În urma cercetărilor efectuate:

A fost precizată și implementată în practica clinică metodologia standardizată a examinării ultrasonore a bolnavilor operați pentru maladia varicoasă a membrilor inferioare, ce include depistarea obligatorie a eventualului reflux venos patologic în venele superficiale și profunde, măsurarea diametrului venelor subcutanate, evaluarea caracteristicilor postoperatorii ale regiunii joncțiunii safeno-femorale, semnelor instrumentale ale fenomenului de

neovascularizare, incompetenței venelor perforante, stării sistemului venos profund a membrelor inferioare, precum și prezența varicelor non-safeniene.

S-a demonstrat dependența directă a dezvoltării recidivei „clinice” a maladiei varicoase după tratamentul chirurgical de grupa de factori clinico-demografici, care include excesul de masă corporală și IVC severă (clasa C4-C6) la momentul efectuării intervenției chirurgicale, prezența anamnezei familiale de varice și ortostatismul îndelungat, mai mult de 6 ore pe zi.

Este argumentată necesitatea accesului chirurgical adecvat spre joncțiunea safeno-femurală, efectuat direct pe linia plicii inghinale, ceea ce constituie condiția esențială pentru realizarea cu succes a crosectomiei și prevenirea recidivei maladiei.

S-a argumentat iraționalitatea realizării de rutină a stripping-ului safenian „lung”, adică înlăturarea completă a trunchiului VSM, în favoarea stripping-ului parțial sau „scurt”, ținând cont de rezultatele clinice la distanță comparabile ale tratamentului, precum și frecvența similară a refluxului venos postoperator.

S-a demonstrat, că utilizarea preparatelor flebotonice cu scop de prevenire a recidivei varicelor postoperatorii nu este efectivă, iar administrarea acestora în perioada tardivă după operație nu este justificată, cu excepția cazurilor dezvoltării recidivei simptomatice a maladiei varicoase a membrelor inferioare.

Este elaborată și implementată în practică metoda depistării simptomelor subiective ascunse ale maladiei varicoase, cum ar fi durerea și senzațiile neplăcute în extremitatea operată, limitarea activității sociale, care pot fi identificate precoce, utilizând chestionarele specializate 10-SRP, ABC-V și Ve-QOL, cu mult timp înainte de manifestările clinice ale recurenței.

Aprobarea rezultatelor științifice. Rezultatele științifice obținute pe parcursul realizării lucrării au fost prezentate și discutate în cadrul forurilor științifice naționale și internaționale:

1. Al XI-lea Congres al Asociației Chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova. A XXXIII-ea Reuniune a Chirurgilor din Moldova „Iacomi-Răzeșu”, Chișinău, Moldova, 27-30 septembrie 2011;
2. Al XI-lea Congres Român de Flebologie. Conferința Română de Chirurgie Ambulatorie, Timisoara, Romania, 7-8 octombrie, 2011;
3. The XIX-th Session of the Balkan Medical Days and the II Congress of Emergency Medicine of the Republic of Moldova, Chișinău, Moldova, 22-24 september 2013;
4. Al XII-lea Congres Român de Flebologie cu Participare Internațională, Conferința Română de Chirurgie Ambulatorie, Timișoara, România, 17-19 octombrie 2013;
5. A XXXVI-a Reuniune a chirurgilor din Moldova „Iacomi-Răzesu”. A VIII-a Conferință de chirurgie cu participare internațională, Piatra-Neamț, România, 23-26 octombrie 2014;

6. Al XII-lea Congres al Asociației Chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova, Chișinău, Moldova, 23-25 septembrie 2015;
7. Conferința științifică „Nicolae Anestiade – nume etern al chirurgiei basarabene”, Chișinău, Moldova, 26 august, 2016.

Rezultatele tezei au fost discutate și aprobate în cadrul:

Ședinței Catedrei chirurgie generală și semiologie nr.3 a IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” (proces verbal nr. 3 din 26.09.2017);

Ședinței Seminarului Științific de Profil „Chirurgie” al IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” (proces verbal nr. 11 din 24.10.2017).

Publicațiile la tema tezei: La tema tezei au fost publicate 14 lucrări științifice, dintre care articole în reviste din străinătate recunoscute – 1, articole în reviste din Registrul Național al revistelor de profil – 3, materiale/teze la conferințe internaționale (peste hotare) – 4, materiale/teze la conferințe internaționale în republică – 1, materiale/teze la conferințe republicane cu participare internațională – 4, materiale/teze la conferințe republicane – 1. Numărul publicațiilor fără coautori – 9, inclusiv articole în reviste – 3.

Sumarul compartimentelor tezei. Teza cuprinde adnotările în limbile română, rusă și engleză, lista abrevierilor, introducere, 4 capitole, sinteza rezultatelor obținute, concluzii generale, recomandări practice, bibliografia, anexe, declarația privind asumarea răspunderii, CV-ul autorului.

În partea introductivă a lucrării, sunt prezentate actualitatea și importanța științifico-practică a problemei abordate, scopul, obiectivele, și noutatea științifică, importanța teoretică și valoarea aplicativă a lucrării, aprobarea rezultatelor științifice.

Capitolul 1. Viziuni actuale asupra problemei recidivei postoperatorii a maladei varicoase (revista literaturii) prezintă o analiză critică a cercetărilor, publicate în literatura medicală națională și internațională pentru problema recidivei postoperatorii a venelor varicoase a membrelor inferioare. Sunt prezentate datele privind definiția și frecvența dezvoltării venelor varicoase recurente, cauzele posibile și mecanismele patofiziologice ale recidivei postoperatorii a maladei varicoase. În continuare sunt descrise minuțios semnificația simptomatologiei, manifestărilor clinice obiective și posibilitatea metodelor instrumentale în diagnosticarea recurenței venelor varicoase în perioada postoperatorie la distanță. Mai detaliat este prezentată analiza avantajelor, dezavantajelor și caracteristicilor principalelor descoperiri imagistice depistate la duplex scanarea extremității operate. De asemenea sunt descrise succint posibilele măsuri chirurgicale și conservatorii pentru prevenirea recidivei maladei varicoase a extremităților inferioare și sunt raportate rezultatele aplicării acestora.

Capitolul 2. Materialul clinic și metode de cercetare prezintă principiile de includere și excludere a cazurilor clinice în prezentul studiu. Sunt discutate părțile forte și slabe ale metodologiei examinării retrospective, utilizate în acest studiu. În cele ce urmează este prezentată caracteristica clinico-demografică generală a bolnavilor incluși în studiu, s-a stabilit prezența factorilor de risc ai recidivei sau progresării maladiei varicoase, sunt prezentate datele generale despre intervenția chirurgicală primară suportată și utilizarea terapiei conservatorii postoperatorii. Sunt definiți termenii utilizați în studiu și prezentate clasificările, chestionarele și criteriile aplicate pentru evaluarea severității patologiei venoase și a calității vieții bolnavilor. De asemenea, este inclusă o descriere detaliată a metodei duplex scanării, și sunt indicați parametrii necesari pentru definirea hemodinamicii venoase postoperatorii în zonele anatomice cheie.

Capitolul 3. Impactul clinic și hemodinamic al intervenției chirurgicale în cazul maladiei varicoase conține rezultatele analizei comparative a acuzelor, simptomelor clinice și duplex scanării în grupa generală de bolnavi. În continuare este evaluat gradul de răspândire și mărimea venelor varicoase, deci vastitatea „complexului varicos“ conform scalei VCSS; s-au depistat factorii, ce se asociază cu recidiva clinică a maladiei varicoase după tratamentul chirurgical. S-a prezentat frecvența și natura tulburărilor hemodinamice în extremitățile operate, de asemenea – rezultatele analizei erorilor tehnice și tactice de bază, comise în timpul intervenției chirurgicale primare. O atenție deosebită se acordă depistării cauzelor posibile ale crosectomiei neefective, ca fiind cea mai frecventă sursă a refluxului persistent sau recidivant venos. În încheiere sunt arătate criteriile grupării bolnavilor în trei grupe conform prezenței sau absenței recidivei clinice și/sau imagistice a maladiei varicoase.

Capitolul 4. Factorii asociați cu recurența postoperatorie a maladiei varicoase și impactul clinic al acesteia descrie influența factorilor demografici, constituționali, ereditari și profesionali asupra recidivei postoperatorii a maladiei varicoase a membrelor inferioare în baza analizei comparative a trei grupe de bolnavi: fără recidivă a maladiei varicoase, cu recidivă „imagistică” și „clinică”. De asemenea, este analizată influența particularităților tehnice ale efectuării intervenției chirurgicale primare asupra recidivei venelor varicoase. O atenție deosebită se acordă analizei rezultatului duplex scanării de control în grupele cu recidivă „imagistică” și clinică a maladiei varicoase. În continuare se efectuează evaluarea comparativă a severității patologiei cronice venoase a membrelor inferioare în cadrul grupelor comparate utilizând scala VCSS, de asemenea – a calității vieții și nivelului capacității de muncă a bolnavilor cu maladii venoasă, utilizând diferite chestionare specializate.

Sinteza rezultatelor obținute reprezintă un compartiment de analiză și deliberare argumentată asupra rezultatelor studiului propriu, confruntate cu abordările și evidențele referitoare la domeniul de cercetare, expuse în literatura de specialitate.

Rezultatele studiului și importanța lor sunt expuse în **Concluzii și recomandări practice**.

1. VIZIUNI ACTUALE ASUPRA PROBLEMEI RECIDIVEI POSTOPERATORII A MALADIEI VARICOASE (REVISTA LITERATURII)

1.1. Conceptul, date epidemiologice și clasificarea recidivei postoperatorii a maladiei varicoase

Maladia varicoasă a membrelor inferioare este o patologie foarte frecvent întâlnită [9, 22, 138]. Conform noilor cercetări, de la 20% până la 30% din adulții de pe glob suferă de maladiie varicoasă [13, 68, 73]. În unele studii și grupe separate ale populației maladia varicoasă poate atinge 60% [46]. Se constată că patologia este mai frecvent întâlnită la femei decât la bărbați [76, 97, 142].

Mecanismul principal al dilatării varicoase este refluxul patologic venos. Refluxul provoacă hipertensiunea venoasă și determină apariția tulburărilor hemodinamice, manifestată prin simptomă clinică specifică și fenomene de insuficiență venoasă cronică [49, 124, 150]. Flebectomia înlătură tulburările hemodinamice și este o metodă standard de tratament al bolnavilor cu maladiie varicoasă și cu manifestări grave ale insuficienței venoase cronice, inclusiv ulcerul varicos [9, 22, 52, 66, 138].

În majoritatea țărilor, cea mai răspândită intervenție operatorie în cazul varicelor o reprezintă intervenția chirurgicală „deschisă”. De exemplu, în Marea Britanie anual au loc aproximativ 24.000 de intervenții în cazul maladiei varicoase a membrelor inferioare [11]. În Republica Moldova, în 2016 au fost efectuate 1.800 flebectomii [55]. Pacienții cu maladiie varicoasă constituie o pondere mare a așa numitelor liste de așteptare a intervențiilor chirurgicale în spitalele specializate din majoritatea țărilor de pe glob, această situație fiind constantă timp de mai mulți ani [138]. Puține dintre domeniile medicinei clinice, la hotarul dintre secolele XX și XXI, au fost expuse unor atât de rapide și semnificative metamorfoze precum flebologia chirurgicală în general și tratamentul maladiei varicoase în particular.

Cu toate acestea, termenul de „tratament chirurgical” al maladiei varicoase în ultimele decenii a suportat modificări semnificative, și este considerat la moment un termen mult mai larg. Actualmente, tratamentul chirurgical presupune atât procedeele deschise, cât și diferite tipuri de intervenții endovenoase, inclusiv ablația termică și cea chimică a venelor superficiale și a celor perforante [52, 73]. O realizare de succes a chirurgiei venoase actuale este aplicarea pe larg a ultrasonografiei preoperatorii și a ultrasonografiei duplex intraprocedurale [11, 58], care teoretic ar contribui la diminuarea frecvenței venelor varicoase reziduale și a necesității în intervenție chirurgicală repetată.

Totuși, problema principală a intervenției cu scopul de corecție a refluxului la pacienții cu maladie varicoasă sunt varicele recidivante și cele reziduale [23, 112]. Apariția repetată a varicelor și a simptomaticei asociate a unei posibile operații de succes, prezintă o problemă complicată, frecvent întâlnită și costisitoare [9, 74, 110] atât pentru pacienți, cât și pentru medicii specialiști în domeniu [5, 62, 110]. Pe parcursul a mai multor ani au fost efectuate un șir de cercetări și au fost propuse diferite recomandări și ghiduri pentru îmbunătățirea diagnosticării și tratamentului maladii varicoase a membrilor inferioare și profilaxia recidivei [9]. Cu toate acestea, în pofida unui volum mare și a unei experiențe îndelungate a tratamentului chirurgical, implementării tehnicilor noi miniinvazive și a metodelor endovasculare, inclusiv interesul major al chirurgilor vizavi de problema dată, situația nesatisfăcătoare cu privire la recidiva maladii varicoase nu s-a schimbat [58, 138].

Un dezavantaj comun al cercetărilor privind problema recidivei postoperatorii al maladii varicoase este lipsa unei definiții clare și unice ale acesteia [74]. Conceptul varicelor recurente, din punct de vedere clinic, deseori se schimbă de la o cercetare la alta. Tradițional există definiția recidivei maladii varicoase ca reapariția venelor dilatate asociată cu reapariția manifestărilor caracteristice ale insuficienței venoase cronice. În unele cazuri venele rămase după intervenția chirurgicală sunt tratate ca recidivante, în timp ce alți specialiști nu le consideră strict recurente [11]. Alți cercetători propun o definiție mai clară și cu includerea a mai multor componente privind recidiva maladii varicoase. De exemplu, A.M. van Rij și coaut. [138] au propus determinarea recidivei clinice într-una din cele trei situații posibile: (1) ca apariție a varicelor noi, care nu au fost observate până la intervenție; sau (2) reapariția repetată a varicelor, în cazul când ele au fost înlăturate în timpul intervenției chirurgicale; sau (3) progresarea simptoamelor de insuficiență venoasă pe care o determină medicul pe parcursul examinării bolnavului sau sesizată de pacient însuși. O abordare modificată privind recidiva bolii varicoase propune T. Kostas și coaut. [74], adăugând compararea datelor clinice pre- și postoperatorii, precum și factorul de timp, ca criteriu determinant. Astfel, adevărat recidivante erau considerate venele varicoase care lipseau în zonele supuse intervenției chirurgicale timp de o lună, dar care apareau într-o perioadă postoperatorie mai târzie. Și invers, varicele care lipseau pe parcursul primei luni de observare, dar se dezvoltau mai târziu în zonele neoperate se considerau noi ca urmare a progresării maladii [74].

În 1998, la Paris, a fost aprobat un acord consensual internațional consacrat varicelor recurente și denumit **REVAS** (abreviere din engleză – *Recurrent Varices After Surgery*) [74, 110]. În acest acord este definită depistarea venelor varicoase în perioada postoperatorie ca prezența oricăror vene varicoase detectate la nivelul membrului inferior ce au fost supuse

tratamentului chirurgical anterior [109, 110, 112]. Adăugător este recomandat de a clasifica venele postoperatorii ca adevărate recidivante, reziduale și vene varicoase noi apărute în rezultatul progresării maladiei.

Aceleași concepte au fost publicate în 2009 în documentul transatlantic interdisciplinar consensual referitor la terminologia utilizată în patologie venoasă **VEIN-TERM** [40]. Prezența varicelor după intervenție a fost numită **PREVAIT** (abreviere din engleză – *PREsense of Varices After Interventional Treatment*). Venele varicos dilatate ale membrilor inferioare, depistate după intervenție, au fost împărțite în varice recurente (reapariția varicelor în zona tratată cu succes) și varice reziduale (varice care au rămas după tratament). Conform opiniei autorilor, necesitatea elaborării concepției PREVAIT este condiționată de două considerente: în primul rând – existența dificultăților în divizare a varicelor postoperatorii în recurente și reziduale, îndeosebi dacă tratamentul primar a fost efectuat în alt spital și starea preoperatorie a sistemului venos nu este cunoscut; în al doilea rând, PREVAIT permite aprecierea standardizată a rezultatelor tuturor metodelor tratamentului invaziv a maladiei varicoase, inclusiv și a celui endovascular, și nu numai a tratamentului chirurgical deschis cum presupune REVAS [40]. Totuși, avantajele noii concepții a varicelor recurente comparativ cu cea aplicată anterior (PREVAIT vs REVAS) nu sunt dovedite [5].

Frecvența maladiei varicoase recurente variază în limite mari. Aceasta poate fi explicat prin diferențe în însăși definiția recidivei, cât și în procedeele de corecție chirurgicală, aplicarea unei investigații sistematice și amănunțite, utilizarea unor metode de examinare clinică și paraclinică, selectarea observațiilor și obiectivelor propuse de către autorii lucrării [124, 138]. În plus, reapariția venelor varicos dilatate după intervenție poate să se manifeste latent, creând dificultăți semnificative în interpretarea frecvenței recidivării maladiei [9, 15, 103]. Cele mai bine documentate rezultate postoperatorii în tratamentul varicelor membrilor inferioare au fost obținute după aplicarea chirurgiei clasice deschise. Totuși, majoritatea acestor cercetări poartă un caracter retrospectiv [40] și, ca urmare, diminuează importanța lor. Este constatat că recidiva după intervenție în cazul maladiei varicoase se dezvoltă în proporție de 20-30% [50, 133] sau în 20-40% [126, 131, 135] de cazuri. Alte cercetări relevă rezultate mai pesimiste: maladia varicoasă recurentă se constată în 50% de cazuri [13, 68, 73] sau 20-60% [9, 33, 46] sau în limite mai mari, atingând un indice de 80% [11, 74, 109, 112]. În cazul dat este menționat că rezultatele în mare măsură depind de condițiile și criteriile de apreciere a rezultatelor și de durata observațiilor [110, 124].

Este evident că frecvența recidivei crește în timp, după momentul corecției chirurgicale. Neajunsul majorității cercetărilor a rezultatelor postoperatorii îndepărtate ale tratamentului

varicelor membrelor inferioare constă în realizarea lor într-o perioadă scurtă după intervenție [43, 48, 115]. În același timp, frecvența recidivei maladiei varicoase crește dramatic odată cu creșterea duratei supravegherii acestor pacienți. De exemplu, la 5 ani după o intervenție deschisă obișnuită rata varicelor recurente constituie de la 25% până la 47% [18, 68, 139]. G.Belcaro și coaut. [3] au studiat rezultatele îndepărtate (după 10 ani) ale tratamentului și au constatat apariția varicelor noi în 37% de cazuri după tratamentul chirurgical și în 56% de cazuri după scleroterapie. Alți autori menționează creșterea evidentă a frecvenței recidivei clinice și necesitatea intervenției repetate în limite de la 20% (după 5 ani după tratamentul chirurgical primar) până la 40% sau 80% după 20 de ani [64, 110]. Cea mai lungă perioadă de supraveghere a bolnavilor supuși în antecedente pentru tratamentul chirurgical al maladiei varicoase în literatura medicală a fost de 34 de ani, rezultatele fiind publicate în lucrarea lui R.Fischer și coaut. [43]. Este constatat că după trei decenii maladia varicoasă recurentă a fost în 77% de cazuri și în majoritatea cazurilor asociată cu o simptomatologie specifică. Menționăm că datele prezentate sunt bazate pe examinările clinice și mai rar pe aplicarea scanării duplex.

Astfel, intervențiile chirurgicale și cele minim-invazive orientate spre tratamentul maladiei varicoase a membrelor inferioare sunt însoțite pe termen lung de indici majori ai recidivei [13, 82, 142]. Vom menționa că pentru depistarea clinică veridică a recidivei, durata observației în perioada postoperatorie trebuie să constituie minimum 5 ani [35, 110, 126].

Implementarea largă a metodelor neinvazive ale diagnosticului patologiei venoase precum scanarea duplex și pletismografia nu numai că a îmbunătățit diagnosticul preoperator și planificarea intervenției în cazul maladiei varicoase, dar a asigurat și un instrument efectiv pentru monitoring-ul rezultatelor postoperatorii [124, 126, 138]. Mulți autori și-au concentrat atenția nu numai asupra studierii rezultatelor clinice, dar și a celor hemodinamice în urma efectuării operației. Cercetarea prospectivă realizată de T.Kostas și coaut. [74] cuprinde o perioadă de 5 ani după o intervenție chirurgicală clasică pe varice. Tuturor bolnavilor le-a fost aplicată scanarea duplex preoperatorie, iar intervenția standard a inclus crosectomia, stripping-ul și flebectomia. Recidiva maladiei varicoase a fost constatată în 28% de cazuri și, conform datelor examinării ultrasonografice, a fost condiționată aproximativ în egală măsură de fenomenul de neovascularizare, de apariția venelor noi și păstrarea venei safena magna în cazul stripping-ului greșit sau nereușit [74]. În lucrare analogică A.M.van Rij și coaut. [138] a evaluat rezultatele postoperatorii clinice în dinamică, la fel în baza scanării duplex și a pletismografiei. Este constatat că frecvența recidivelor clinice și instrumentale ale varicelor a crescut progresiv de la 14% (după 3 luni după intervenție) până la 51% (după 5 ani). În cercetarea realizată de J.Royle, [126] numai 35% din 700 de bolnavi examinați peste 5 ani după operație cu ajutorul

ultrasonografiei duplex nu au avut varice recidivante. Utilizând sonografia duplex, C. Jeanneret și coaut. [69] au examinat un grup de pacienți după 6 ani de la intervenție, care au avut un rezultat „bun”, însă doar subiectiv. Prezența refluxului safeno-femural recidivant s-a constatat în 25% de cazuri. Ca urmare, rezultatele decepționale ale numărului de recidive ale varicelor după intervenții chirurgicale și terapii minim-invazive raportate în ultimul timp sunt determinate nu numai prin prelungirea duratei de observare, dar și prin creșterea exactității diagnostice a scanării duplex, care depășește ca atare examinarea clinică [43].

Consensul REVAS a determinat caracteristicile anatomice, clinice, patofiziologice și imagistice (Doppler-duplex) de apariție a varicelor pe membrele inferioare operate [110] și a elaborat un formular standardizat pentru înregistrarea cazurilor de varice recurente (Anexa 1.). Formularul REVAS include șase elemente: T – topografia patologiei (*Topographic*); S – sursa de reflux (*Source*); R – gravitatea refluxului (*Reflux*); NS – natura sursei refluxului (*Nature of Source*); C – influența trunchiului venos safenian persistent și incompetent (*Contribution*); F – factorii predispozanți (*Factors*) [110, 112].

Se recomandă de a clasifica maladia conform următoarelor variații [110]. T (topografia varicelor): regiunea inghinală, coapsa, fosa poplitee, partea inferioară a piciorului, inclusiv regiunea talocrurală și talpa / laba piciorului etc. S (sursa recidivei / refluxului): nu este sursă, pelviană / abdominală, joncțiunea safeno-femurală (JSF), venele perforante ale coapsei, joncțiunea safeno-poplitee (JSP), perforanta fosei poplitee, venele Gastrocnemius, perforantele gambei. R (importanța clinică a refluxului): R1 – are importanță clinică, R2 – importanța clinică este puțin probabilă, R? – importanța clinică nu este determinată. Natura sursei refluxului. NSS (*Same Site*) – localizarea sursei refluxului aceeași ca și până la intervenție: greșeli tehnice, erori tactice, neovascularizarea, nedeterminate, mixte. NDS (*Different Site*) – localizarea refluxului este alta decât până la intervenție: persistent (a fost în timpul intervenției precedente), nou (a lipsit în timpul intervenției precedente), nedeterminat (informația acumulată la momentul intervenției precedente nu este suficientă). C (incompetența trunchiului safenian): AK – vena safenă mare mai sus de genunchi (*Above Knee*), BK – vena safenă mare mai jos de genunchi (*Below Knee*), SSV – vena safenă parva (*Short Saphenos Vein*), Ø – lipsește. F (factorii predispozanți): factorii generali (anamneza familială, obezitatea, sarcina, contraceptivele orale, stilul de viață) și factorii specifici (reflux a venelor profunde, sindrom posttromboflebitic, compresiune a venelor iliace, angiodisplazia etc.) [96, 110, 112]. Actualmente, REVAS este una din cele mai detaliate și multilaterale clasificări a varicelor recidivante, aplicarea ei în practica clinică, totuși, fiind foarte limitată din cauza volumului mare și complexității sistematizării. Mai mult ca atât, pentru tractarea corectă a clasificării, medicul sau cercetătorul trebuie să aibă

protocoale accesibile unificate și detaliate privind examinarea clinică și imagistică a pacientului până la intervenție și la toate etapele supravegherii postoperatorii.

1.2. Cauzele și mecanismele patofiziologice ale dezvoltării recidivei maladiei varicoase

Cu toate că există o frecvență sporită a varicelor recurente ale membrelor inferioare, etiologia și patogeneza dezvoltării lor rămân încă puțin studiate [11]. Au fost propuse mai multe teorii privind mecanismele principale și cauze recidivării varicelor [5, 74]. Tradițional, dezvoltarea varicelor recurente a fost explicată prin insuficiența diagnosticului preoperator și a tehnicii chirurgicale [43, 138]. Paralel au fost indicați și factorii predispozanți și favorizanți care facilitează dezvoltarea maladiei varicoase, inclusiv ereditatea, sarcina, terapia hormonală, tromboza venelor profunde, obezitatea și particularitățile activității profesionale [96, 110].

Păstrarea refluxului vertical safeno-femural și a celui safeno-popliteal sau a refluxului patologic orizontal prin venele perforate ale coapsei și ale gambei timp îndelungat au fost considerate ca niște factori determinanți în dezvoltarea recidivei maladiei [5, 29, 71, 112, 135]. Însă, odată cu acumularea datelor științifice și, în primul rând, datorită sonografiei Doppler-duplex, s-a evidențiat că cauzele multor recidive trebuie căutate în înțelegerea slabă a anatomiei sistemului venos și a hemodinamicii membrelor inferioare [110, 115]. În ultimul timp foarte detaliat sunt cercetate și discutate pe larg particularitățile patofiziologice venoase în membrele operate [138]. În 2012 a fost publicată lucrarea lui C.Recek [124] în care este lansată teoria așa numitului „paradox hemodinamic”. Este presupus că întreruperea în sine a refluxului safenian, adică realizarea unei intervenții chirurgicale standard creează niște premise pentru dezvoltarea refluxului recidivant și întoarcerea progresivă la situația patologică precedentă. În majoritatea cazurilor, după înlăturarea refluxului, bontul venei safene mari rămâne permeabil și incompetent. Drenarea acestui sector în venele profunde a gambei este realizat datorită mecanismelor obișnuite, cum ar fi activitatea pompei musculare a gambei. Ca urmare, hipotonia vasculară treptat se răspândește de la venele profunde ale părții inferioare a piciorului în venele superficiale incompetente ale coapsei, în rezultat se dezvoltă recidiva maladiei. În așa mod, nu întotdeauna este posibil de caracterizat fără echivoc cauzele dezvoltării venelor recurente ca defect simplu în planificarea intervenției chirurgicale sau efectuarea neadecvată și incompletă a acesteia.

Astăzi, cauzele dezvoltării recidivei maladiei varicoase ale membrelor inferioare sunt divizate în patru grupe: greșeli tehnice, greșeli tactice, progresarea maladiei și neovascularizarea [5, 11, 33, 74, 110].

Greșeli tehnice. Opinia despre faptul că efectuarea neadecvată a intervenției chirurgicale este una din cauzele apariției venelor recidivante, s-a format istoric și până acum persistă între chirurșii practicieni [11, 23, 138]. Însă încrederea cercetătorilor privind frecvența maladiei condiționată de greșelile tehnice este departe de a fi univocă. Aprecierea ponderii responsabilității tehnicii operative greșite pentru recidivă, uneori diferă diametral: de la 4% [74] până la 80% de cazuri [126]. Greșeală tehnică se consideră efectuarea incorectă a intervenției în care nu toate sursele refluxului venos au fost înlăturate sau înlăturate incorect, fapt care, ca urmare, poate duce la reaparitia refluxului patologic și a varicelor [23, 74]. Acestea pot fi: abandonarea bontului lung după ligaturare a JSF sau JSP [63, 82, 112, 138], crosectomia insuficient de înaltă cu omiterea sau ligaturarea incompletă a unor ramuri tributare ale acesteia [13, 74]; venele perforate identificate și neprelucrate care leagă sistemul venos superficial și profund cu refluxul persistent [5, 76, 138].

O importanță deosebită în recidiva maladiei varicoase tradițional este considerată crosectomia imperfectă. Una din cauze ar fi imposibilitatea ligaturării adecvate a tuturor ramurilor tributare când accesul către joncțiunea safeno-femurală se realizează mai jos de plica inghinală [144, 151]. Alți cercetători indică la incapacitatea ligaturării tuturor venelor confluențe, condiționată de complexitatea anatomică și variabilitatea zonei [144]. Astăzi acest lucru este ușor de identificat prin intermediul scanării duplex [112, 138]. Posibilele variații anatomice și deconectările incomplete ale aflurilor venoase în regiunea inghinală au fost descrise în cercetarea clasică a lui J.P.Royle [126], publicată în 1986 la începutul erei Doppler-duplex. Sunt determinate patru tipuri de ligaturări incomplete sau greșite ale tributarelor venoase a venei safena magna și ale acesteia din urmă (Figura 1.1.). (B) Varice, localizat pe un diametru mare al venei safene accesorie posterioară, care poate fi tratată ca vena safena magna, îndeosebi când una sau două afluențe sunt drenate în această venă, cum este arătat pe desen. (C) Vena safenă accesorie medială mărită în dimensiuni care poate fi tractată ca vena safena magna. (D) Ligaturarea venei safena magna mai distal de către două ramuri tributare ale ei. Ca urmare, ele pot să crească în dimensiuni și devin cauza recurenței. (E) Vena pudendă externă profundă este drenată în vena femurală, dar nu în vena safenă mare și poate rămâne neligaturată. În cazul când această venă este incompetentă, în ea se dezvoltă un reflux [126]. Cercetările au arătat că dilatarea varicoasă recidivantă la nivelul coapsei aproximativ în 35-70% de cazuri este condiționată de segmentul abandonat (lăsat) (sau al bontului lung) al venei safena magna [66, 71, 131].

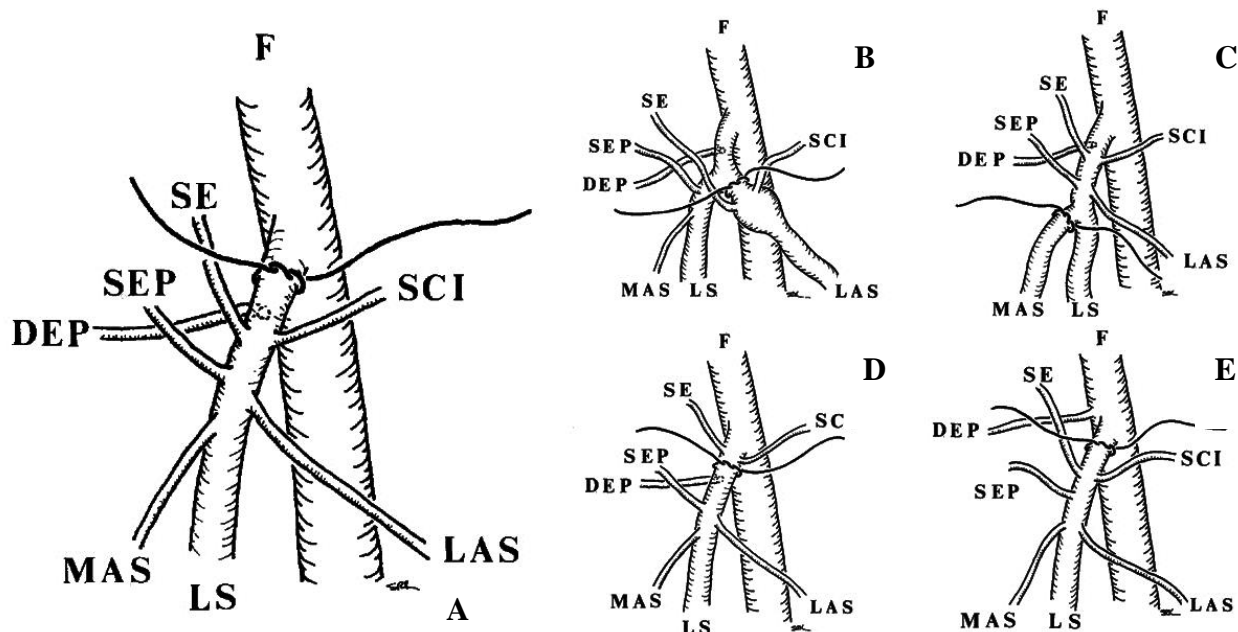


Fig. 1.1. Variații anatomice a venei safena magna și greșeli tipice în cazul crosectomiei (după J.P.Royle [126]).

A. Anatomia venoasă „normală” a membrului inferior stâng. F – vena femurală, LS – vena safena magna, LAS – vena safenă accesorie posterioară sau afluxul anterolateral, MAS – vena safenă accesorie medială sau afluxul posteriomedial, SEP – vena pudendă externă superficială, SCI – vena circumflexă iliacă superficială, SE – vena epigastrică superficială, DEP – vena pudendă externă profundă.

B, C, D, E. Variantele ligaturării incomplete sau greșite ale venelor tributare a venei safena magna (explicații în text).

O opinie frecvent întâlnită este că greșelile chirurgicale în majoritatea cazurilor sunt specifice pentru medicii tineri, cu o experiență mai mică [11, 135, 139]. În rezultatul abandonului venei safena magna, sau a tributarelor, acestea cu timpul cresc și, ca urmare, duc la apariția recidivei. Însă, o astfel de problemă indiscutabilă despre legătura directă dintre tehnica chirurgicală și rezultatele intervenției a fost pusă la îndoială și cercetat special. În lucrarea clinică retrospectivă a lui L.Blomgren și coaut. [9] a fost realizată scanarea duplex și selectiv – varicografia pe 100 de extremități (89 de pacienți) după 6-10 ani de la crosectomie și stripping al venei safena magna. S-a constatat că frecvența apariției venelor recurente nu depindea de experiența chirurgului și nu devia semnificativ, când intervenția a fost realizată de un chirurg – rezident (52%), chirurg de profil general (54%) sau un angiochirurg (65%). Ca urmare, recidiva varicelor este doar parțial legată de greșelile tehnice comise în timpul intervenției primare. Venele recurente se dezvoltă și atunci când există confirmări ale unei intervenției chirurgicale complete și adecvate [126, 138], dar și după intervenții realizate în clinici înalt specializate [23,

52]. Prin urmare, există și alte mecanisme influența cărora este semnificativă asupra reparației refluxului venos și a dezvoltării recidivei maladiei varicoase.

Pentru metodele miniminvasive sunt specifice greșeli tehnice de alt ordin. Principala cauză a recidivei după o ablație endovenoasă și o scleroterapie este recanalizarea venelor afectate [11]. Deseori recidiva este condiționată de doză insuficientă de energie laser sau radiofrecvență, a concentrării neadecvate și a volumului preparatului sclerozant [38, 60, 134]. Cercetările au arătat că restabilirea fluxului total sau parțial nu întotdeauna duce la recidiva clinică sau a refluxului simptomatic [5, 11, 60].

Greșeli tactice. În această grupă sunt incluse cazurile recidivelor varicoase care teoretic puteau fi prevenite în timpul intervenției chirurgicale primare [46]. Greșelile tactice determină păstrarea, după intervenție, a refluxului venos patologic care este condiționat de evaluarea preoperatorie greșită sau incompletă, sau de tactica operatorie care nu corespunde tulburărilor anatomo-hemodinamice depistate [33, 74]. În prezent, greșelile tactice ca cauză a recidivei maladiei varicoase constituie nu mai mult de 5% [74].

Structura greșelilor tactice în cazul intervenției deschise privind maladia varicoasă a membrelor inferioare este strict determinată în literatura de specialitate. Majoritatea recidivelor sunt condiționate de lipsa înlăturării refluxului din JSF [50, 63, 128] sau JSP [5, 23, 63]. Următoarea greșeală frecventă este păstrarea parțială sau completă a venei safene magna incompetente [5, 74]. Rămase după stripping, segmentele reziduale sau tributarele venei safena magna păstrează legătura anatomică cu venele profunde, care în final duc la refluxul constant în sistemul superficial venos [48]. Altă cauză tactică a recidivei este dezvoltarea incompetenței în venele colaterale superficiale existente neînlăturate sau deconectate în intervenția primară [23, 46]. În final, încă o greșeală este păstrarea venelor perforate incompetente la nivel de gambă sau coapsă, prin care se menține refluxul persistent din sistemul venos profund în cel superficial [5, 138].

În ultimii ani este acumulată o experiență vastă privind ablația endovenoasă termică și foam-scleroterapia realizate sub controlul obligatoriu al ultrasonografiei duplex. Creșterea utilizării scanării duplex în timpul intervenției miniminvasive sau intervenției deschise este capabilă, dacă să nu excludă, atunci într-o măsură evidentă să minimalizeze numărul greșelilor tactice [11].

Progresarea maladiei. Este cunoscut că venele varicoase prezintă o maladie care permanent progresează și afectează noi zone ale membrelor inferioare [5]. Din punct de vedere clinic, progresarea maladiei se manifestă prin formarea varicelor în zonele unde greșelile tactice și tehnice au fost excluse în urma intervenției chirurgicale efectuate anterior [15, 74]. Conform

diferitor evaluări, progresarea maladiei varicoase este cauza apariției a 15-25% de recidive [11, 74].

Sunt descrise două mecanisme posibile de formare a vaselor noi cu reflux venos patologic [124]. Primul mecanism reprezintă remodelarea vasculară – dilatarea degenerativă a venelor mici preexistente. Mai degrabă sau mai târziu acestea se unesc cu alte vene profunde sau superficiale incompetente și refluxul venos devine semnificativ din punct de vedere clinic și hemodinamic [124, 138]. O altă cauză constă în neoangiogeneza sau formarea vaselor noi. De regulă, acestea au un diametru mic și se împletesc unele cu altele sub formă de fibre (ață) sau ghemuri. Necâtând că importanța lor hemodinamică rămâne discutabilă [124], acestea prezintă frecvent motivul principal al recidivei clinice despre care menționează pacientul și este determinat de către medic. Este evident că progresarea maladiei este condiționată de tulburarea fiziologiei venoase și care în prezent nu poate fi prevenită sau controlată în urma intervenției chirurgicale [77, 138]. Trebuie de conștientizat că în urma caracterului progresiv al varicelor, tratamentul nu poate fi limitat, în majoritatea cazurilor, doar la o singură operație [15].

Neovascularizarea. În ultimii ani, neovascularizarea tot mai des este recunoscută ca o cauză a refluxului venos persistent în regiunea joncțiunii safeno-femorale după efectuarea crosectomiei [48]. Prima comunicare despre posibilitatea restabilirii de sine stătător a JSF a fost publicată la sfârșitul sec. al XIX-lea de către B.Langenebeck [50, 79]. După un an de la înlăturarea segmentului venei safena magna, autorul a observat în cicatriciul excizat o venă formată din nou, care unea două fragmente rămase de vena safenă magna [79]. În continuare, ideea că varicele în zona JSF pot „crește” din nou a fost expusă de către M.Sheppard în 1978 în baza rezultatelor intervențiilor repetate pentru maladia varicoasă recurentă [128]. Iar A.M.van Rij și coaut. [139] au constatat că fenomenul are loc nu numai în zonele de ligaturării venelor mari în zona inghinală, dar și în localizarea stripping-ului, extirparea și injectarea (sclerozarea) vaselor superficiale și deconectarea venelor perforate ale coapsei și gambei. Apariția repetată a canalelor venoase noi ce comunică cu vena femurală care, la rândul său fac anastomoză cu venele incompetente ale coapsei a fost numită neovascularizare [124]. Este evident, că fenomenul este condiționat și determinat de intervenția chirurgicală [124].

Particularitățile macroscopice ale venelor recurente în zona JSF determinate ca neovascularizare includ următoarele: anastomoza atipică a vasului cu vena femurală, prezența țesutului cicatrizat în jurul vasului și în zona conexiunii cu vena femurală, sinuozitatea neobișnuită, ramificări laterale numeroase, grosimea diversă a peretelui vascular, peretele subțire și lipsa valvelor în lumenul venelor recurente [5, 48, 51, 110, 139] (Figura 1.2.). În același timp,

canalele venoase nou formate în permanență sunt orientate de la bontul venei safena magna spre exterior, în direcția țesutului subcutanat [11, 47].

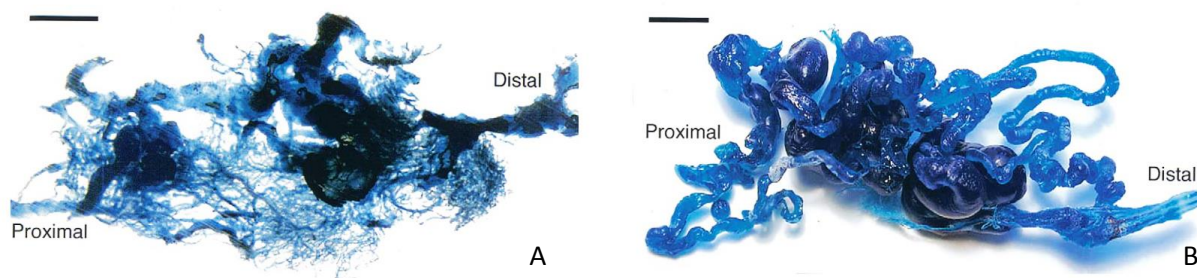


Fig. 1.2. Includerea prin polimer a venelor recurente neoformate în zona JSF (după A.M.van Rij și coaut. [139]).

A. Mai mult de 100 de canale venoase înguste orientate uniform – de la direcție proximală spre distală. Scala 5 mm.

B. În preparat se vad trei vene sinusoidale de diametru mare și canale venoase mici numeroase. Scala 10 mm.

Există însă opinia că identificarea finală a prezenței sau lipsei neovascularizării nu poate fi fondată numai pe baza semnelor macroscopice, dar în mod obligatoriu ea trebuie să fie dovedită histologic [48]. Criteriile histologice și imunochimice veridice ale neovascularizării includ: structura incompletă a peretelui venos, lipsa valvulelor venoase, forma neobișnuită a lumenului vascular, prezența țesutului cicatriceal în jurul vasului [47, 48, 106, 124]. Venele neovasculare se caracterizează prin lipsa totală a fibrelor nervoase intramusculare [11, 110, 124].

În ultimul timp s-a confirmat opinia că recidiva, după creșterea repetată a venelor în regiunea JSF după crosectomie, se dezvoltă mult mai des decât se considera mai înainte [139]. Este constatat faptul că apariția fenomenului neovascularizării este mai specific după intervenția deschisă comparativ cu ablația endovenoasă cu laser sau a scleroterapiei [5, 11]. Din cauză că acțiunea energiei termice a laserului este orientată din interiorul vasului, afectarea țesuturilor extravenoase este minimală. Teoretic, în cazul dat neovascularizarea nu poate avea loc [133].

Depistarea fenomenului neovascularizării postoperatorii depinde de exactitatea metodei de constatare: clinică, histologică, ultrasonografică sau mixtă. De aceea datele despre frecvența neovascularizării variază mult: de la 8% până la 60% [47, 74, 133, 138] sau până la 94% - în grupul bolnavilor operați repetat [139]. În plus, neovascularizarea este un proces îndelungat care devine clar din aspect clinic și imagistic numai după trecerea unui anumit timp. În lucrarea lui A.M.Whiteley și coaut. [142] a fost constatat că după un an de la intervenție, neovascularizarea în zona venelor disecate s-a determinat la 23-29% de bolnavi, iar după 2 ani la – 52%.

Până acum nu sunt cunoscute mecanismele exacte care duc la creșterea vaselor noi în zona exciziei JSF [48]. Pentru explicarea dezvoltării neovascularizării, după o intervenție în cazul varicelor, au fost menționate câteva ipoteze originale.

Conform primei teorii, care este și cea mai răspândită, neovascularizarea prezintă un răspuns standard fiziologic la deconectarea mecanică a canalelor venoase [11]. Secționarea în sine și ligaturarea vasului provoacă hipoxia în țesuturi și, ca urmare, duce la activizarea celulelor endoteliale ale bontului venos, care se află în contact direct cu țesuturile înconjurătoare [43, 48], și la creșterea vaselor nou formate. Acest proces este inițiat și susținut în mod activ datorită eliberării unui șir de factori endogeni de creștere, cum ar fi: factorul de creștere a endoteliului vascular, factorul creșterii fibroblaștilor [139], factorul trombocitar de creștere [11] și factorul de creștere a fibrelor nervoase [47]. Responsabili pentru neovascularizare pot fi și alți factori ce pot fi direct legați de realizarea intervenției chirurgicale. De exemplu, particularitățile operației, mai exact gravitatea traumatizării în urma tehnicii chirurgicale; tipul materialului de sutură utilizat pentru închiderea bontului venei safena magna; efectele hemodinamice locale imprevizibile în urma intervenției chirurgicale și de asemenea însăși traumatismul chirurgical de la sine [11, 47, 48, 82]. Și totuși, cum toate aceste procese progresează până la formarea conexiunilor venoase cu reflux ulterior în vene varicoase, rămâne puțin studiat [139].

A doua teorie explică apariția vaselor noi în zona intervenției prin apariția efectului tulburării hemodinamicii venoase în sistemul de vene mici omise – așa-numite „sensibile” [11]. Venele incompetente care au rămas includ în circuit noi vase subcutanate, restabilind astfel circulația cu sistemul venos profund al membrului inferior [13].

A treia teorie constată că neovascularizarea este forma specifică de manifestare a plăgii obișnuite [11, 139]. În cazul dat mecanismele care au fost indicate mai sus, precum hipoxia locală, activizarea celulelor endoteliale ale bontului venos și eliberarea factorilor angiogeni, prezintă un proces consecvent pe etape de cicatrizare a plăgilor [5, 133].

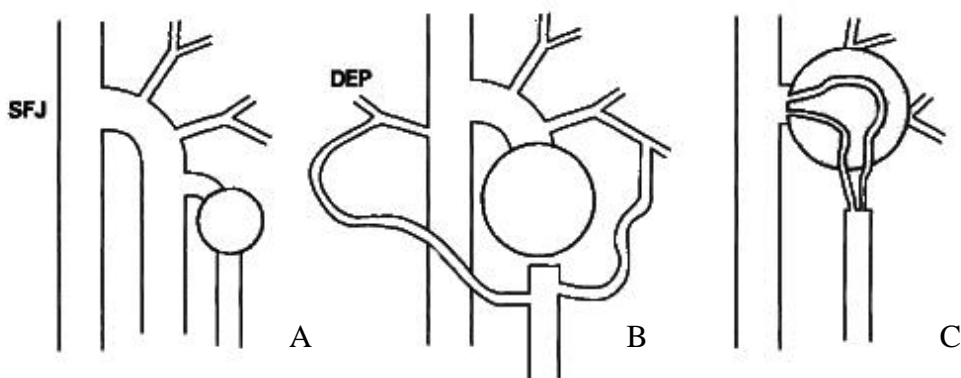
A patra teorie este bazată pe multiplele observații de recanalizare și dezvoltare a țesutului endotelial a canalului safen, care a rămas după înlăturarea venei safena magna în timpul realizării procedurii corecte de stripping [73, 100]. Se presupune că neovascularizarea poate fi legată cu remodelarea hematomului rămas după intervenția primară [100].

Din cauza că obliterarea endovenoasă termică și cea chimică rar sunt însoțite de manifestările clasice ale neovascularizării, s-a propus că doar deconectarea externă chirurgicală a venelor facilitează procesul angiogenezei [5, 133]. Însă alți cercetători consideră că însăși recanalizarea frecventă a trunchiurilor venoase magistrale după o terapie endovasculară se prezintă ca o manifestare a unei forme specifice a neovascularizării, care are loc în lumenul

vasului [82, 139]. În cazul dat factorul declanșator și sursa de dezvoltare a fenomenului sunt fibroza intralumenală și tromboza concomitentă.

Structura cauzelor maladiei varicoase recurente. Încercarea sistematizării cauzelor de dezvoltare a recidivei maladiei varicoase și de stabilire a impactului fiecărui mecanism în parte descris anterior a fost interprins de mai multe ori. În lucrarea publicată în 2004 de către T.Kostas și coaut. [74] cauzele recurenței au fost repartizate pe baza evaluării clinice și ultrasonografice în felul următor: varice recidivante adevărate condiționate de neovascularizare (29%); varice noi ca urmare a progresării maladiei (25%); vene reziduale ca consecință a greșelilor tehnice și tactice (11%); combinarea diferitor cauze (36%).

Tip 1: Complexul safeno-femural venos este intact



Tip 2: Complexul safeno-femural venos este obliterat

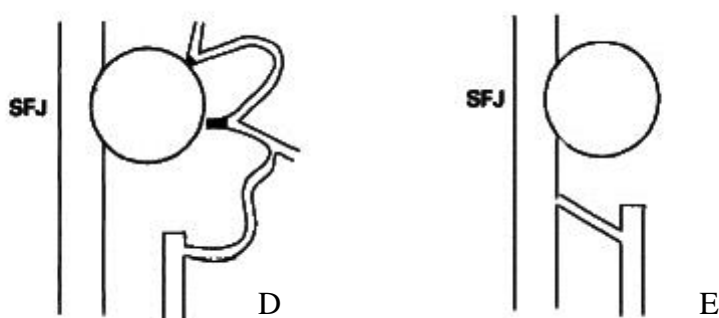


Fig. 1.3. Legitățile anatomice ale varicelor recidivante în zona inghinală. SFJ – joncțiunea safeno-femurală; DEP – vena pudenda externă profundă; O – țesutul cicatrizat după intervenții precedente în regiunea JSF (după P.A.Stonebridge și coaut. [131])

- A. Trunchiul omis al venei safena mare.
- B. Tributare intacte.
- C. Neovascularizarea (?)
- D. Anastomozele venoase în jurul regiunii inghinale.
- E. Vene perforate treimea medie a coapsei.

Perioada de la momentul intervenției până la apariția venelor recurente prezintă un criteriu metodologic important pentru determinarea cauzelor recidivei maladiei varicoase. Se consideră că recidiva timpurie postoperatorie apare ca urmare a intervenției neadecvate, pe când dezvoltarea recidivei tardive are lor din cauza proceselor progresării maladiei sau formarea venelor noi [48]. Rămâne însă neclar care sunt acei termeni de timp după intervenția chirurgicală considerați târzii. M.Brake și coaut. [11] a propus termenul de supraveghere o lună după intervenție ca criteriu hotărâtor de identificare a diferitor cauze de dezvoltare a recidivelor varicelor membrelor inferioare. Venele recurente au fost divizate în trei tipuri: (1) Varicele rămase sunt identificate în zonele operate în cazul examinării clinice deja după o lună și se consideră ca rezultat al greșelilor tactice sau tehnice; (2) Venele recurente adevărate lipsesc după o lună, dar apar ca urmare în zonele operate sau în rezultatul neovascularizării sau în rezultatul greșelilor tactico-tehnice; (3) Varicele noi lipsesc în prima lună de supraveghere, dar se dezvoltă mai târziu în zonele unde intervenția nu a avut loc, ca urmare a progresării maladiei [11].

Identificarea cauzelor și tipului recidivei varicoase are nu numai importanță teoretică sau științifică, dar și practică. Așa-numita clasificare Edinburgh a varicelor recurente ale regiunii inghinale în baza rezultatelor varicografiei și orientată la alegerea unei anumite metode de corecție chirurgicală a fost propusă de către P.A.Stonebridge și coaut. [131]. (Figura 1.3.).

Conform ideii autorului, recidivele tip 1A și 1B sunt greșelile tehnice ale intervenției chirurgicale primare, iar recidivele tip 1C – produsul neovascularizării. Toate recidivele de tip 1 sunt indicații pentru revizia repetată și deconectarea chirurgicală JSF. Venele recurente tip 2D sunt rezultatul progresării maladiei, 2E – greșeli tactice în cazul intervenției primare. Recidivele de tip 2 nu necesită revizia JSF, ci numai excizia locală a venelor [131].

1.3. Diagnosticul clinic și imagistic al maladiei varicoase recidivante

Examinarea clinică. Probabilitatea recidivei postoperatorii a maladiei varicoase a membrelor inferioare crește în cazul prezenței anumitor factori: de vârstă, gender, ereditari, profesionali și de risc. Cea mai sporită frecvență a venelor recurente se observă la bolnavii în decada a cincea (vârsta de la 40 până la 49 de ani) [138]. Varicele recidivante se dezvoltă mai des la femei decât la bărbați [96, 110], conform unor date – de cinci ori mai des [68]. Probabil, predominarea varicelor recidivante la femei este condiționată de sarcini repetate, îndeosebi suportate după intervenția primară și utilizarea preparatelor contraceptive [5, 96]. Numeroase cercetări indică la o importanță imensă a eredității sau a anamnezei familiale agravate în dezvoltarea maladiei varicoase, care pot fi depistate la 68% de bolnavi cu recurență după intervenție [5, 112]. Activitatea profesională legată de poziția ortostatică îndelungată duce la

creșterea presiunii venoase pe fondalul insuficienței sistemului valvular, care se consideră unul din factorii de risc ai recidivei varicelor [46].

Prezența varicelor recidivante nu întotdeauna înseamnă că pacientul are un anumit disconfort, revenirea maladiei poate evolua și asimptomatic [9]. Conform unor date, într-un anumit număr de cazuri, circa la o treime de membre operate recidiva maladiei varicoase nu este însoțită de o anumită simptomatologie [131]. În situația tipică dezvoltarea recidivei postoperatorii este clinic semnificativă și este însoțită de reapariția simptoamelor venoase și, ca urmare, îi impune pe bolnavi să se consulte cu medicul său [11, 151]. În cazul dat motivele adresării pot devia evident: începând cu aspecte cosmetice, adică cu un exterior „urât” al picioarelor cu venele dilatate vizibil, la fel condiționate și de probleme emoționale, ca genă estetică, care sunt specifice pentru femei [5, 9, 43, 96]. Următoarea manifestare este disconfortul, durerea, greutatea și oboseala în picioare, pruritul, senzația de usturime, parestezii, edem la nivelul picioarelor care descrește sau dispare după odihnă, crampe nocturne, limitarea activității zilnice și diminuarea capacității de muncă [5, 110]. În general, prin simptomatologia venoasă se manifestă majoritatea cazurilor de recidivă postoperatorie a maladiei varicoase [11], și anume – de la 75% până la 85% de observări [43, 74, 77, 112]. Cea mai dură simptomatologie venoasă se caracterizează prin manifestarea insuficienței venoase cronice grave și a schimbărilor trofice ale pielii în 25-29% de cazuri [77, 112], până la dezvoltarea în 1% de cazuri a ulcerului venos activ [15, 66].

În examinarea obiectivă a bolnavului cu suspjecție a recidivei postoperatorii a maladiei varicoase, trebuie de atras o atenție deosebită la căutarea venelor dilatate atât în zonele supuse intervenției chirurgicale primare, cât și în zonele neoperate [15, 74, 110]. În literatura de specialitate se recomandă de a considera recidiva maladiei varicoase atunci când pe piciorul operat anterior sunt vizibile vene varicoase, ori care sunt apreciate palpator, cu un diametru mai mare de 3 mm [133]. Trebuie de documentat prezența cicatricilor chirurgicale și localizarea lor față de varicele recidivante, în special topografia inciziilor anterioare în regiunea inghinală și a fosei poplitee [5, 110, 151]. De asemenea, se atrage atenția și la alte trăsături specifice ale patologiei venoase, și anume, schimbările din partea pielii: eczema, hiperpigmentare, lipodermatoscleroză, *corona flebectatica*, ulcer activ sau cicatrizat și edem, care trebuie să fie determinat prin compararea cantitativă – prin măsurarea diametrului ambelor picioare [5, 43, 66, 110, 112]. În dependență de gravitatea manifestărilor clinice, rezultatele trebuie clasificate după criteriul C (*Clinical*), conform sistemului CEAP separat pentru fiecare membru operat [41, 119].

În plus, trebuie de luat cunoștință și de documentat datele despre calitatea și durata terapiei conservative adjuvante după tratamentul chirurgical anterior – primirea frebotonicelor, utilizarea tricotajului de compresie și poziția elevată a picioarelor [5].

Ultrasonografia Doppler-duplex. Conform metodologiei moderne, scanarea duplex trebuie să fie efectuată în poziție verticală sau semiculcată a pacientului, cu membrul examinat rotit spre exterior, călcâiul fiind fixat și transferul masei corporale pe partea controlaterală [9, 110], fiindcă examinarea doar în poziție culcată pe spate oferă o informație neadecvată [110]. Scanarea detaliată a sistemului venos presupune schimbarea poziției sondei, aplicând-o în direcție longitudinală, orizontală și sub diferite unghiuri conform parcursului venos [119]. Din păcate, până acum nu există un protocol standardizat de scanare ultrasonografică duplex care ar fi adaptat universal pentru toți cercetătorii [5, 47]. Conform celor mai răspândite recomandări, gravitatea maladiei varicoase la bolnavii cu varice recidivante trebuie apreciată în baza examinării clinice a următoarelor zone: (1) Regiunii JSF și JSP; (2) Venelor perforante; (3) Trunchiurilor și plexelor venoase ale altor regiuni ale coapsei și gambei [9, 47, 110].

O descoperire importantă în timpul ultrasonografiei duplex este depistarea fluxului sangvin retrograd. Însă diferența dintre fluxul fiziologic, care este condiționat de creșterea de scurtă durată a tensiunii intraabdominale sau intratoracice și fluxul patologic, responsabil de simptomatologia venoasă, este contradictoriu și în final nedeterminat. La începutul anilor 2000, ca reflux sangvin important în venele superficiale la nivelul picioarelor era considerat refluxul orientat retrograd, cu durata mai mult de 3 secunde, cauzat de compresie - decompresie manuală a gambei sau prin intermediul manevrei Valsalva în poziția verticală a bolnavului [43, 138]. Mai târziu, refluxul patologic era determinat (la fel stimulat de proba Valsalva sau de compresia gambei) ca patologic cu durata mai mult de 1 secundă [33, 139, 142, 144], apoi mai mult de 0,5 secunde [9, 133, 139]. În prezent, patologic se consideră durata refluxului mai mult de 0,5 sec. – pentru venele superficiale ale membrelor inferioare și mai mult de 1 sec. – pentru venele profunde [18, 47, 77].

Scanarea duplex este capabilă să determine refluxul venos în perioada postoperatorie mai exact decât o simplă examinare clinică [43, 58]. Conform recomandărilor consensului REVAS, o importanță deosebită în evaluarea clinică a refluxului îi aparține medicului examinator, iar însăși evaluarea trebuie realizată în mod subiectiv [110, 112]. În lucrarea lui M.Perrin și coaut. [109] a fost examinată reproductivitatea rezultatelor aplicării clasificării REVAS de diferiți specialiști. În cercetare au participat medici-flebologi din 14 centre din 8 țări (Argentina, Belgia, Canada, Franța, Italia, Portugalia, Spania, SUA). S-a constatat că cele mai „slabe” locuri de clasificare sunt identificarea sursei refluxului (de fapt recidiva maladiei varicoase) și importanța lui clinică. S-a depistat că ambele criterii sunt foarte dificil de determinat și, ca urmare, acordul de a ajunge la un numitor comun este minim între specialiști. În rezultat, majoritatea răspunsurilor privind importanța clinică a refluxului venos depistat au fost clasificate ca „nedeterminate” [109]. Pe de

altă parte, dezvoltarea refluxului venos nu întotdeauna este însoțit de manifestarea varicelor noi [74].

Deși în cazul scanării duplex privind recidiva postoperatorie a maladiei varicoase pot fi depistate surse multiple ale refluxului [43, 74], incompetența JSF este un moment patogenetic principal și poate fi determinată la o jumătate din bolnavi [11, 109, 124]. R.Fischer și coaut. [43] a clasificat descoperirile sonografice din regiunea JSF în cazul recidivei varicoase în patru tipuri: (A) Lipsa semnelor ultrasonografice ale recidivei safeno-femorale; (B1) „Recidiva joncțiunii” în formă de multiple canale sau vene interconectate care vin din locul precedent al ligaturării; (B 2) „Recidiva joncțiunii” vizualizată printr-un trunchi venos solitar ce își ea originea de la locul ligaturării (C) „Recidiva în jurul joncțiunii”, care se dezvoltă de la vena subfascială în zona de ligaturare (dar nu de la vena femurală comună) (Figura 1.4.).

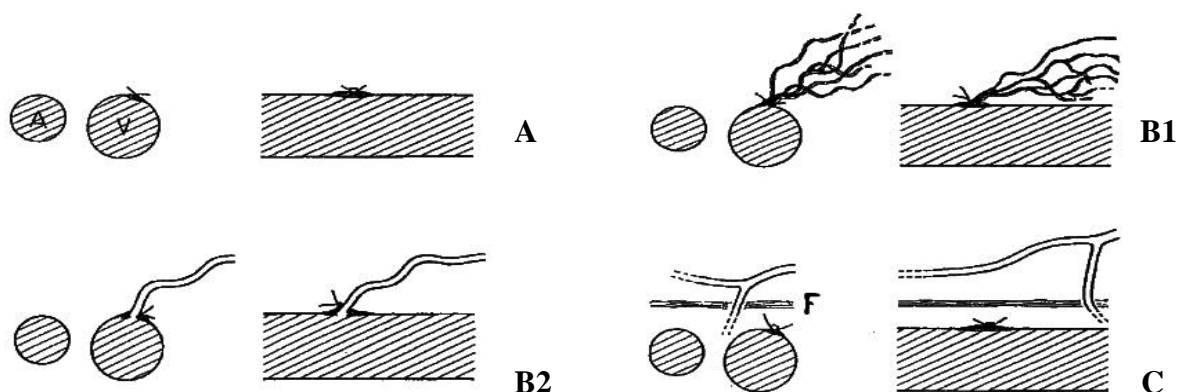


Fig. 1.4. Patru tipuri ale JSF după crosectomie suportată conform datelor scanării duplex (după R.Fischer și coaut. [43]).

- A. Lipsa semnelor ultrasonografice ale recidivei safeno-femorale (A – artera, V – vena).
- B1. Prezența recidivei în formă de canale multiple sau vene interconectate care pornesc de la locul anterior de ligaturare a JSF.
- B2. Prezența recidivei în formă de canal uniluminal care este pornit de la locul precedent de ligaturare a JSF.
- C. Vena recidivantă pornește de la vena subfascială, dar nu de la vena femurală comună, în locul ligaturării precedente a JSF (F – fascia).

Venele perforate incompetente ale gambei sau coapsei pe parcursul scanării duplex postoperatorii pot fi depistate la 55-57% din membrele inferioare [109, 112]. Examinările în dinamică constată progresarea stabilă a refluxului în venele perforate cu timpul petrecut după intervenția chirurgicală primară [138]. Este arătat că venele perforate incompetente după

intervenția deschisă și după ablația endovasculară pot fi un factor etiologic al varicelor recurente la 14-66% de bolnavi [23, 133].

Numit fenomenul de neovascularizare, formarea venelor noi în regiunea inghinală poate fi depistată foarte exact în cazul aplicării scanării duplex [33, 35]. Diagnosticul imagistic al neovascularizării este bazat pe vizualizarea, de regulă, în regiunea inghino-femurală, a multiplelor canale venoase sinusoidale cu circulația multidirecțională (reflux) a sângelui care provin de la ligaturarea anterioară a JSF [47, 74]. Problema despre importanța clinică a fenomenului neovascularizării pentru recidiva maladiei varicoase încă nu este rezolvată, însă totuși a suportat o evoluție în schimbarea opiniilor. Clasificarea originală REVAS nu a furnizat aplicarea anumitor criterii cantitative, și anume dimensiuni ale venelor noi formate [112]. În continuare, pentru descrierea gradului neovascularizării a început să se aplice următoarea gradare: gradul 0 – neovascularizarea lipsește; gradul 1 – vasele au diametrul mai mic de 3mm; gradul 2 – vasele cu diametrul mai mare de 3 mm cu refluxul depistat în timpul scanării ultrasonore [6, 144]. Importanța clinică a clasificării date este evidentă și este confirmată de riscul mai înalt al recidivei în cazul depistării neovascularizării de gradul 2 [133]. În prezent este recomandabilă divizarea venelor noi formate pe două grade propusă de către M.G.De Maeseneer și coaut. în 2004 [35]. Venele noi formate, importante din punct de vedere clinic, trebuie considerate ca neovascularizare de gradul 2, dacă scanarea duplex a depistat vena nouă sinusoidală sau vena cu diametrul mai mic de 4 mm cu reflux patologic, care fac anastomoză cu venele varicoase incompetente superficiale ale coapsei. Canalele venoase care nu satisfac criteriile sus-numite și cu diametrul mai mic, sunt limitate numai regiunii inghinale și nu sunt considerate importante clinic, se clasifică în darea de seamă a examinării ultrasonore ca neovascularizare de gradul 1 [35].

În 17% cazuri refluxul venos în cazul scanării duplex are apariția pelviană sau abdominală, deși frecvența adevărată a acestui reflux nu este cunoscută [95, 112]. Principalele surse ale refluxului patologic pelvian și următoarea cauză a refluxului recidivant în membrele inferioare sunt venele ovariene sau venele iliace interne incompetente [95, 103, 142]. Refluxul pelvian are importanță hotărâtoare în recidiva maladiei varicoase a membrelor inferioare cel puțin la 30% de femei, dacă acestea au avut în anamneză naștere naturală și care nu au fost finisate cu histerectomie [142].

Pletismografia. Pletismografia este efectuată conform metodei descrise în 1988 de către D.Christopoulos și coaut. [21] și, ulterior, puțin modificată [138]. Este recomandată efectuarea investigațiilor în poziție culcată a bolnavului, în picioare și în timpul câtorva ridicări consecutive pe vârfurile degetelor pentru o contracție eficientă a mușchilor gambei [21, 139]. Gravitatea

refluxului venos este evaluat esențial în baza măsurării indicelui de captare venoasă și măsurarea timpului captării venoase [124, 139]. Totuși, aplicarea pletismografiei pentru aprecierea refluxului venos nu este comod pentru practica de zi cu zi, în realitate metoda fiind folosită doar în cercetările științifice [5].

Varicografia. Istoric, cercetările radioopace au fost prima metodă de evaluare obiectivă instrumentală a topografiei și competenței funcționale a varicelor membrelor inferioare și este precedând scanarea duplex. Metoda standardizată a varicografiei a fost elaborată de către C.R.Corbett și coaut. în 1984 [27]. Conform recomandărilor, pentru execuția cercetărilor se selecta o venă varicoasă în regiunea inghinală sau în partea superioară a coapsei. Corpul pacientului era fixat sub un unghi de 60°, nodul varicos fiind punctat cu acul [27, 131]. În același timp sub membru se plasa o riglă cu marcheri metalici localizați la 1 cm unul de altul pentru identificarea exactă a venelor perforate și a altor anomalii venoase ale zonei femuro-inghinale [27]. Pentru injecții se aplicau medii cu masă moleculară mică și osmolaritate scăzută, așa ca Iohexol și Iopamidol 300, caracterizați prin trombogenitate scăzută [131, 135]. Preparatul era injectat în lumenul venei sub control fluoroscopic cu efectuarea periodică a imaginilor radiologice [9, 27]. Pentru examinarea unui membru se utiliza de la 50 ml până la 250 ml de mediu de contrast [9, 27]. Pentru creșterea probabilității depistării refluxului safeno-femural, adăugător utilizau compresia manuală a coapsei în proiecția venei femurale comune și manevra standard Valsava [131, 135].

Varicografia cu contrast prezintă o metodă eficientă și sigură de determinare a insuficienței JSF recidivante și a venelor perforate incompetente ale coapsei. Exactitatea prognostică și specificitatea abordării de cercetare se apropie la 100%, iar sensibilitatea constituie 73% comparativ cu examinarea clinică și scanarea duplex [27, 49, 66, 131]. Principalul neajuns al acestei metode este invazivitatea și incapacitatea execuției flebografiei descendente și vizualizării venei femurale comune în cazul când locul de venepuncție este localizat deasupra unei valvule competente [135]. În prezent, aplicarea varicografiei este limitată, deoarece investigația nu oferă informații suplimentare despre particularitățile anatomice ale recidivei femuro-inghinale comparativ cu scanarea duplex [9].

1.4. Măsuri de prevenire a recidivei maladiei varicoase a membrelor inferioare

Diversitatea cauzelor posibile ale recidivei postoperatorii a maladiei varicoase ale membrelor inferioare condiționează elaborarea unui arsenal întreg de măsuri orientate spre profilaxia sau diminuarea frecvenței acestei maladii. În această situație este vorba nu numai

despre particularitățile tehnice ale intervenției, ci și despre utilizarea argumentată a măsurilor de diagnostic și tratament în perioadele pre- și postoperatorie.

Desigur, examinarea clinico-instrumentală detaliată a bolnavilor permite planificarea volumului de intervenții privind maladia varicoasă reieșind din particularitățile anatomice și hemodinamice ale sistemului venos al membrelor inferioare [74, 77, 124, 126]. Scanarea duplex preoperatorie trebuie efectuată de către un specialist–imagist cu participarea obligatorie a chirurgului care va efectua intervenția. Marcarea topografică detaliată a tuturor punctelor-cheie ale refluxului venos patologic trebuie să fie realizată în ziua sau în ajunul intervenției și poate ajuta în determinarea în mod individual a volumului intervenției [62, 138, 146]. Respectarea acestor principii va da posibilitatea să elimine sau să diminueze semnificativ numărul recidivelor condiționate de greșelile tehnice și cele tactice [74, 138].

Timp îndelungat în chirurgia maladii varicoase a membrelor inferioare intervenție ideală se considera ligaturarea JSF la nivelul peretelui venei femurale comune cu mobilizarea și ligaturarea tuturor venelor tributare până la nivelul ramurilor de ordinul doi, stripping-ul trunchiului safenian; flebectomia, și selectiv, ligaturarea venelor perforante incompetente [13, 49, 138]. Realitatea neliniștitoare însă constă în aceea că, chiar și în pofida unui diagnostic preoperator precis și realizării intervenției chirurgicale adecvate poate să se dezvolte refluxul recurent safeno-femural și recidiva maladii varicoase [43, 62]. Ca urmare, pentru a evita recidiva, trebuie aplicate și alte măsuri [33]. Din această cauză sunt întreprinse un șir de încercări privind creșterea eficacității intervenției chirurgicale și diminuarea riscului recurenței prin calea întreruperii selective a zonelor cu reflux venos și prezervarea venei safena magna [11]. Sunt elaborate numeroase metode de tratament chirurgical al maladii varicoase.

Intervenția caracterizată prin crosectomia înaltă fără disecția vaselor sau HCWVS (din engleză – *High Crossectomy Without Vascular Sectioning*) a fost elaborată și descrisă de I.Canizares Diaz și coaut. [13]. Metoda este orientată la prevenirea neovascularizării în urma separării mecanice a canalelor venoase și presupune ligaturarea venei safena magna în locul anastomozei ei cu vena femurală și de asemenea a tuturor tributarelor fără deconectarea venoasă. Intervenția este completată de safenectomia clasică după Müller [99]. Frecvența generală a recidivelor la un an și doi ani după intervenția chirurgicală a fost mult mai mică în grupul pacienților care au suportat HCWVS (29,3% și 48%) comparativ cu pacienții cu crosectomia clasică (69% și 76%) [13].

De asemenea, se evită ligaturarea înaltă a JSF prin metoda P.Casoni și coaut. [18]. Printr-o incizie mică vena safena magna este vizualizată în regiunea gambei și se efectuează stripping invaginațional. Vena safenă magna este ligaturată mai jos de conexiune cu venele epigastrale și

veneale perineale pentru păstrarea așa-numitului „drenaj fiziologic”. Venele recurente peste 8 ani după intervenție au fost observate în 29% de cazuri după operații simple comparativ cu 9,8% în grupul de cercetare, iar frecvența recidivei refluxului prin scanarea duplex a constituit 32,2% comparativ cu 11,4%, respectiv [18]. Asemănătoare după idee sunt intervențiile lui P.Pittaluga și coaut. [115] și F.Mariani și coaut. [91], care de asemenea asigură stripping-ul venei safena magna cu păstrarea JSF. În cazul cercetării rezultatelor după 2-5 ani după intervenție sunt depistate rezultate bune privind hemodinamica venoasă și frecvența neovascularizării, diminuarea simptomelor clinice și aspectul estetic al picioarelor [91, 115]. Nu sunt menționate cazuri de tromboză a bontului venos lăsat [91]. Totuși, lăsarea cu un anumit scop așa-numitului „bont fiziologic restant” a venei safena magna cu valvula terminală incompetentă nu este favorabilă din perspectiva de lungă durată și necesită o cercetare mai profundă [82].

Altă abordare este extirparea intenționată numai a tulburărilor hemodinamice venoase documentate. Exemplu al unui astfel de tratament poate fi cura conservativă a insuficienței hemodinamicii venoase în condiții de ambulator sau **CHIVA** (din franceză – *cure Conservatrice et Hémodynamique de l’Insuffisance Veineuse en Ambulatoire*) [14]. După marcarea detaliată ultasonografică se realizează ligaturarea în puncte-cheie a refluxului venos pentru diminuarea tensiunii hidrostatice, păstrând în cazul dat drenarea prin venele superficiale (vena safena magna și cele tributare) [14, 108]. Datele cercetărilor randomizate prospective demonstrează eficacitatea metodei fiind comparabile, sau chiar cu o frecvență mai joasă a venelor recurente [11, 93, 108]. Totuși, în cazul realizării intervenției de către un chirurg cu experiență scăzută, rezultatele sunt cu mult mai rele decât după o crosectomie clasică și stripping-ul venei safena magna [93].

Un principiu asemănător de corecție operatorie a refluxului venos stă la baza intervenției **ASVAL** (din franceză – *Ablation Sélective des Varices sous Anesthésie Locale*) sau ablația selectivă a varicelor sub anestezie locală elaborată de către P.Pittaluga și coaut. [116]. Metoda ASVAL prevede înlăturarea prin incizii cutanate minimale a unui număr maximal posibil de ramuri tributare ale venei safena magna cu prezervarea acesteia din urmă., presupunând că aceasta va facilita sporirea circuitului anterograd și va diminua refluxul [1, 116]. Este clar că în baza indicațiilor la realizarea intervenției date stă examinarea detaliată a hemodinamicii venoase a venelor superficiale ale membrului afectat cu ajutorul scanării duplex [1].

O problemă considerabilă rămâne totuși prevenirea neovascularizării [33, 138, 149], care, împreună cu progresarea maladiei, este responsabilă de mai mult de jumătate din cazuri de recidivă a varicelor [52]. Pentru aceasta sunt propuse metode chirurgicale care au primit denumirea de „bariere”, orientate la crearea obstacolului fizic prin izolarea venei femurale comune și a endoteliului venei safena magna de la țesutul celulo-adipos subcutanat al regiunii

inghinală și vasele venoase superficiale din această regiune [33]. Aceste metode chirurgicale includ închiderea bontului venei safena magna cu ajutorul: (1) rafiei simple prin separarea endoteliului bontului venei safena magna prin aplicarea unei suturi continue suplimentare cu fir mono-filament [50], (2) crearea unui obstacol anatomic prin suturarea fasciei cribroase ori pectineale propusă de M.Sheppard [128], sau (3) implantarea unui petic din material sintetic [6, 33, 35, 149]. Aplicarea acestor metode se consideră sigură și este însoțită de diminuarea frecvenței neovascularizării aproximativ la 50% din cazuri [11, 138].

Una din direcțiile moderne și de perspectivă a tehnicii de „bariere” este utilizarea implantelor sintetice. Bontul ligaturat al venei safena magna, împreună cu semicircumferința anterioară a venei femurale comune au fost izolate prin implantarea unui petic din silicon cu dimensiuni 2x3 cm și grosimea 0,175 mm [33]. Aplicarea implantului de silicon a condus la diminuarea frecvenței de neovascularizare în cazul scanării duplex peste un an de la intervenție - de la 30% (grupul de control) până la 16% (grupa cercetată) [33]. Examinarea clinică după 5 ani a depistat diminuarea numărului de recidive ale varicelor de la 58% până la 26% de cazuri corespunzător [35].

Despre safenoplastie cu aplicarea plastinei cu dimensiuni de 1x2 cm din PTFE (politetrafluororetilenă) pentru prima dată a consemnat J.J.Earnshaw [39], mai târziu – T.S.Bhatti și coaut. [6]. PTFE este cunoscut ca un material neporos, sigur și aprobat, pe larg utilizat pentru fabricarea protezelor arteriale. Peticul din PTFE se pune direct pe bontul venei safena magna, iar orificiul în fascie se suturează deasupra plastinei pentru a obține o poziție stabilă a ei [6, 39].

Totuși, rezultatele aplicării tehnicilor de „bariere” s-a dovedit a fi ambiguă. Inițiatorii metodei, R.J.Winterborn și J.J.Earnshaw, au comunicat nu numai despre lipsa diferenței statistice semnificative în frecvența recidivelor sau a indicilor de neovascularizare comparativ cu crosectomia, dar și un tempou sporit în formarea vaselor noi în cazul bolnavilor la care s-a utilizat bucata din PTFE [144]. Remarcabil este constatarea dezvoltării neovascularizării în jurul plastinelor ce i-a determinat pe autori de a mări dimensiunile peticului până la 3x2 centimetri [144]. În general, predomină opinia că speranța de a exclude neovascularizarea în regiunea inghinală pe calea creării barierelor mecanice asupra ligaturării JSF nu s-a justificat [124]. În plus, există riscul adăugător de infectare ca urmare a implantării corpului străin și prezentând un dezavantaj potențial al acestei metode [35]. Din această cauză la bolnavii cu obezitate morbidă, cu infecție micotică în zona inghinală trebuie evitată utilizarea implantelor sintetice în favoarea suturării simple în regiunea fasciei [33, 149].

O direcție cu perspectivă ar fi aplicarea în timpul crosectomiei a inhibitorilor locali de angiogeneză [90, 139], ce poate facilita eliberarea la minimum a factorului de creștere vasculară din endoteliul venei secționată. În prezent există inhibitori de angiogeneză accesibili pentru utilizarea de rutină precum Bevacizumab – preparat folosit pentru tratamentul cancerului [11]. Dezvoltarea în continuare a metodei indicate este în legătură directă cu înțelegerea mai bună a mecanismelor histochimice fine ale neovascularizării și cercetarea rezultatelor îndepărtate ale tratamentului [74].

Cauza răspândită a varicelor recidivante după tratamentul chirurgical sunt venele perforante incompetente, iar deconectarea lor este considerată component principal al intervențiilor primare [76]. Pentru întreruperea refluxului venos patologic orizontal în schimbul metodelor clasice deschise (operația tip Linton) este folosită chirurgia endoscopică subfascială a venelor perforante sau SEPS (*Subfacial Endoscopic Perforator Surgery*) [76, 114]. Metoda este foarte simplă, sigură, poate fi realizată prin intermediul echipamentului standard laparoscopic și permite evitarea inciziilor în regiunea unde pielea este schimbată patologic [29, 57, 66, 103]. Alte variante moderne miniminvasive de tratament includ scleroterapia sub controlul ultrasunetului, ablația endovenoasă cu laser, tromboza endovenoasă termic indusă, sau ablația prin radiofrecvență [37, 76, 103]. Dar totuși atitudinea față de ligaturarea venelor perforate privind prevenirea recurenței maladei varicoase este ambiguă. Majoritatea cercetătorilor presupun că la bolnavii cu sistemul venos profund intact deconectarea venelor superficiale varicoase poate duce la dispariția refluxului orizontal și restabilirea spontană a competenței venelor perforate [77, 138].

În prezent intervenția clasică deschisă nu este deja cea mai frecvent aplicată metodă pentru tratamentul maladei varicoase ale membrelor inferioare [13, 35]. Un arsenal divers al tehnologiilor endovenoase ca ablația cu laser sau ablația prin radiofrecvență [13, 49] și foam- sau scleroterapia sub controlul ultrasonor [11, 144] devin tot mai frecvente. Pe lângă caracterul miniminvasiv și a capacității aplicării lor în condiții de ambulator sub anestezie locală, intervențiile endovasculare sunt asociate cu o rată mică a neovascularizării [103]. Adepții metodelor miniminvasive confirmă că „închiderea” endovasculară a venelor nu trebuie privită ca un analog simplu al ligaturării înalte a venei safena magna fără stripping. Anume faptul lipsei necesității de ligaturare și întrerupere a tuturor tributarelor a JSF este capabilă să prevină neovascularizarea și să diminueze numărul recidivelor maladei [90]. În anii nouăzeci al sec. XX, F.Vin și coaut. [141] au descris metoda care se numește scleroterapia segmentului safenian sau **3-S** (*Saphenous Section Sclerotherapy*). Metoda constă în sclerozarea JSF și a părții distale a venei safena magna, cu deconectarea la distanța de 10 cm de la JSF. Metoda permite diminuarea

frecvenței neoangiogenezei și a cazurilor de recidivă proximală, dar totuși venele recurente în partea distală a membrului se dezvoltă mai rapid decât după o safenectomie obișnuită [13, 141].

Datele prezentate au constatat că în cazul execuției corecte din punct de vedere metodologic și tehnic toate variantele „noi” de tratament (scleroterapia, foam scleroterapia, ablația cu laser și radiofrecvență, flebectomia tributarelor, ligaturarea selectivă hemodinamică, tehnicile de „bariere” de acoperire a bontului venei safena magna, ligaturarea chirurgicală urmată de scleroterapie, separarea endoscopică subfascială a perforantelor) au rezultate aproximativ egale [3, 43, 114]. Cu toate acestea, nici una din metodele propuse nu s-a manifestat convingător și mai efectiv decât crosectomia tradițională deschisă și safenectomia [13, 18, 115].

În concluzie trebuie de constatat că în prezent nu există o metodă de corecție chirurgicală a maladii varicoase a membrelor inferioare care poate garanta un rezultat optimal și lipsa de recidivă a maladii [126]. Pentru confirmarea eficacității și siguranței metodelor tradiționale și noi ale tratamentului sunt necesare cercetări controlate randomizate în continuare.

1.5. Concluzii la capitolul 1

1. Datele literaturii de specialitate constată frecvența sporită a recidivei maladii varicoase a membrelor inferioare, care constituie în mijlociu 20-60%; în unele lucrări indicii ajungând și până la 80%. Variațiile mari sunt condiționate de lipsa unui concept clar și unic al recurenței, diferențierii criteriilor și procedeele de evaluare, desigur, și duratei perioadei de supraveghere.
2. Diversitatea semnificativă a caracteristicilor hemodinamice și a divergențelor de opinii asupra etiologiei varicelor recurente, cauzele dezvoltării ultimelor pot fi divizate în patru grupe: greșeli tehnice și greșeli tactice comise în timpul intervenției primare, progresarea maladii și fenomenul neovascularizării.
3. Diagnosticul modern al varicelor recidivante se bazează pe principii standardizate ale forumurilor internaționale REVAS și VEIN-TERM ce presupune utilizarea metodelor clinice (anamneza, determinarea factorilor de risc și examinarea obiectivă) și imagistică (scanarea duplex), uneori în scopurile științifice fiind aplicate pletismografia și varicografia cu contrast.
4. În prezent nu există o metodă de corecție chirurgicală a maladii varicoase a membrelor inferioare care pot garanta lipsa recidivei. Metodele „noi” propuse de tratament, inclusiv și cele miniminvasive, nu sunt mai eficiente decât crosectomia tradițională și safenectomia. Sunt necesare cercetări în continuare pentru căutarea căilor de ameliorare a rezultatelor tratamentului și diminuarea frecvenței recidivei maladii varicoase.

2. MATERIALUL CLINIC ȘI METODE DE CERCETARE

2.1. Design-ul general al studiului și caracteristica clinico-demografică a bolnavilor

Lucrarea în cauză este bazată pe analiza retrospectivă a fișelor medicale și examenului clinic a 110 bolnavi (157 extremități afectate) cu maladie varicoasă primară (fără recidivă) spitalizați și operați în Clinica Chirurgie Generală și Semiologie nr. 3 a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“ la baza Instituției Medico-Sanitare Publice Spitalului Clinic Municipal nr. 1 din Chișinău pe o perioadă de opt ani: din 2000 până în 2007.

În lucrare au fost incluse toate cazurile de tratament chirurgical al maladii varicoase a membrilor inferioare, indiferent de gradul insuficienței venoase cronice, datele demografice ale bolnavilor, volumul intervenției chirurgicale și metoda de anestezie folosită. Toți bolnavii au fost supuși tratamentului chirurgical clasic prin metoda „deschisă”, deci fără a fi folosite operații minim invazive în corecția refluxului venos patologic.

La etapa analizei retrospective au fost studiate 416 fișe medicale. În procesul de examinare a fișelor medicale 68 dintre acestea au fost abandonate pe motivul lipsei, sau neconcludenței informației asupra unor date necesare: lipsa unui anamnezic detaliat al maladii varicoase, ori factori predispozanți ce ar duce la progresarea sau apariția acesteia; manifestările clinice ale patologiei la momentul internării; descrierea intraoperatorie a modificărilor anatomice specifice în sistemul venos al membrilor inferioare, dar și a volumului și particularităților tehnice ale intervenției chirurgicale.

Etapa a doua a constat în folosirea datelor de contact din 348 de fișe medicale pentru a invita bolnavii operați să participe la examenul de control. Invitația a fost trimisă la domiciliu prin poștă, adresa fiind preluată din fișa medicală. Persoanele ce nu au răspuns la scrisori, ulterior au fost contactate telefonic pentru a participa în studiu. Trebuie de menționat că lucrarea în cauză s-a efectuat în conformitate cu principiile Directivei Comunității Europene a Bunei Practici Medicale (*Good Clinical Practice*), recomandate pentru utilizare în diferite tipuri de cercetare medicală [25]. Respectiv pacienții au fost informați detaliat despre scopurile și obiectivele studiului, cât și despre termenul și volumul investigațiilor clinice ulterioare, acordul sau refuzul de a participa în acest studiu, despre confidențialitatea datelor personale și posibilitatea utilizării rezultatelor științifice pentru prezentarea și publicarea lor ulterioară în literatura de specialitate. Mai mult decât atât, la momentul efectuării cercetării bolnavii au fost scutiți de careva taxe pentru investigații clinice, de laborator și scanare ultrasonografică. Pacienților li s-au propus compensații bănești pentru cheltuielile de transport la spital în cazul efectuării investigației. Persoanele ce au dat acordul de a participa în studiu, în mod obligator

semnau, un acord informat special, elaborat și prezentat în limba maternă a pacientului (română sau rusă). (Anexa 2.).

Ținând cont de migrația populației Republicii Moldova, o bună parte a scrisorilor de invitație și apelurilor telefonice efectuate nu și-au găsit respondenții săi. Mai mult decât atât, 25 de pacienți sub pretextul diferitor motive au refuzat să participe în studiu. În final acordul de a fi incluși în studiu a fost obținut doar de la 110 (31,6%) din 348 de persoane invitate. Schematic dinamica includerii pacienților în studiu și componența grupei de cercetare este redată în formă de diagramă tip *flow-chart* (Figura 2.1). Trebuie de remarcat faptul că participarea scăzută în studiu a pacienților nu este surprinzătoare și exclusivă. Chiar și în studiile prospective de observație, unde pacientul în cazul includerii semnează acordul la examenul de control, iar datele de contact se înnoiesc regulat, procentul de abandon al cercetării de lungă durată ajunge aproximativ la 50% [105, 136].

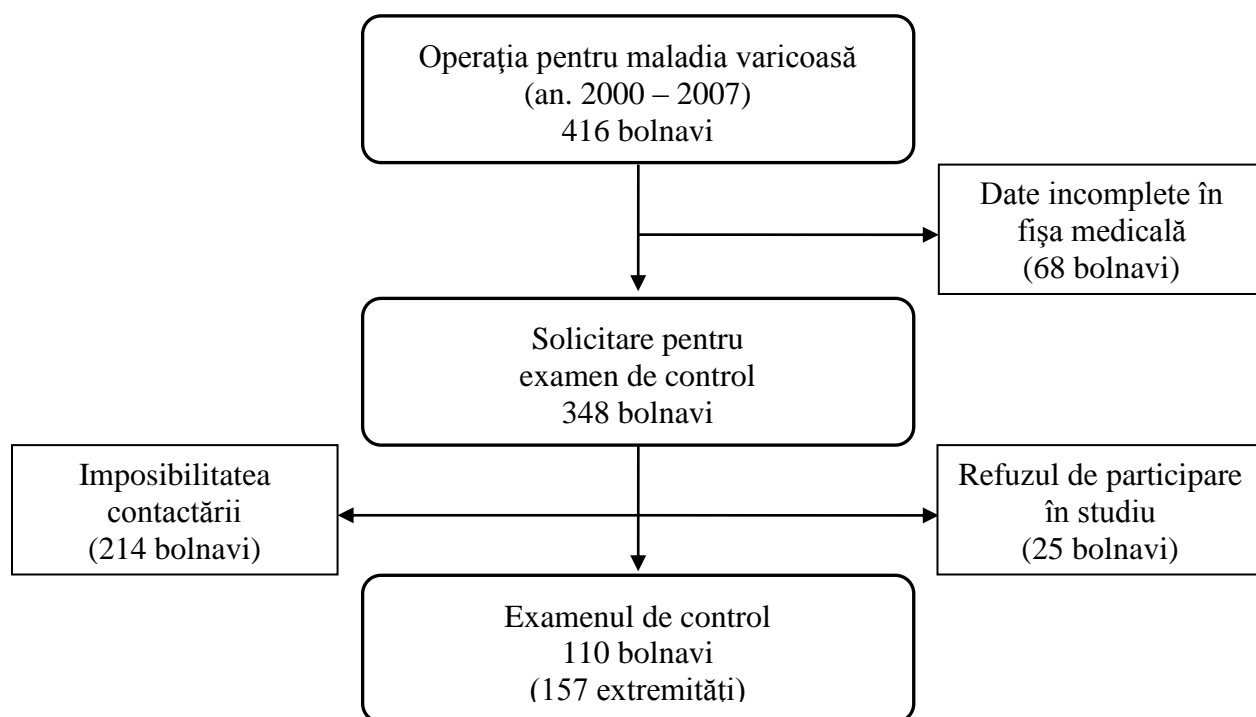


Fig. 2.1. Diagrama tip *flow-chart*, prezintă procesul de includere a pacienților în studiu.

Cu toate acestea suntem conștienți, că studiul retrospectiv, în care au fost examinați doar o treime din pacienți, nu este lipsit de anumite carențe. Posibil că pacienții cu rezultate postoperatorii mai precare și o simptomă mai evidentă a maladii varicoase au fost într-o măsură mai mare cointeresați în examenul de control repetat pentru a primi recomandări de tratament suplimentar, deci pentru a participa în studiu. Viceversa, pacienții la care simptomica

maladiei varicoase lipsea, teoretic ar fi putut să se eschiveze de la participare, ca una necesară pentru ei. Prin urmare, metodologia aleasă a studiului ar putea afecta rezultatele acestuia în direcția creșterii proporției rezultatelor nefavorabile ale tratamentului chirurgical al venelor varicoase ale extremităților inferioare.

Trebuie de remarcat faptul că, deja începând cu anul 2000, o parte semnificativă a pacienților operați în spital pentru maladia varicoasă a membrelor inferioare dispuneau de scanarea preoperatorie ultrasonoră Doppler-duplex a venelor afectate ale membrelor inferioare. Dintre cei 110 pacienți examinați, scanarea duplex preoperator a fost efectuată la 25 de bolnavi sau pe 37 membre (22,7% și 23,6%, respectiv). În majoritatea studiilor se remarcă faptul că utilizarea ultrasonografiei Doppler-duplex înainte de intervenția chirurgicală contribuie nu numai la alegerea tacticii optime intraoperatorii în cazul maladiei varicoase a membrelor inferioare [56], dar deasemenea, amplifică calitatea evaluării rezultatelor postoperatorii și monitoring-ul evoluției tratamentului chirurgical al bolii [34, 35, 110, 138]. Astfel, utilizarea preoperatorie a investigației ultrasonore duplex crește semnificativ veridicitatea acestui studiu.

Examinarea de control a fost efectuată în perioada anilor 2009-2013. La momentul examinării valoarea medie a intervalului de timp scurs de la momentul operației a fost de $82,01 \pm 1,7$ luni (95% CI 78,65 – 85,38). Termenul minimal de urmărire a constituit 45 de luni, iar cel maximal – 155 de luni. Conform documentului de consens al Societății Internaționale de Flebologie, rezultatul de monitorizare postoperatorie a pacienților cu maladia varicoasă se clasifică: precoce – 1 an după intervenția chirurgicală; intermediar – 2-3 ani, și tardiv – 5 sau mai mulți ani [32]. Există mai multe recomandări precum că, pentru un studiu complet al rezultatelor pe termen lung și pentru a obține concluzii veridice, examinarea clinică repetată și scanarea duplex ar trebui să fie efectuate în termeni de cel puțin 5 ani după intervenția chirurgicală inițială [34, 35, 110]. În studiul prezent perioada de observație de 3 ani era depășită în toate cazurile, iar 5 ani – în 126 (80,25%) cazuri. Astfel, trebuie concluzionat, că în cele mai multe cazuri au fost studiate rezultate veridice la distanță ale tratamentului chirurgical. Trebuie subliniat faptul că numărul de lucrări din literatura de specialitate cu o astfel de perioadă de observație este limitat, în special folosind scanarea duplex de control [10, 43, 103, 145].

În cazul analizei fișelor medicale a pacienților operați au fost înregistrate următoarele informații: datele demografice ale pacientului, durata bolii, prezența factorilor de risc în dezvoltarea și progresia insuficienței venoase, utilizarea compresiei elastice și terapiei medicamentoase înainte de intervenția chirurgicală, durata, volumul și caracteristicile tehnice ale intervenției chirurgicale, tratamentul în perioada postoperatorie precoce, existența și natura complicațiilor postoperatorii, cât și durata internării în spital.

Din cei 110 pacienți incluși în acest studiu, majoritatea au fost de gen feminin – 75 (68,18%) cazuri. O tendință similară este caracteristică pentru maladia varicoasă și se atestă în aproape toate studiile. Vârsta pacienților la momentul intervenției chirurgicale a variat între 19 și 70 ani și a constituit în medie $48,30 \pm 11,79$ ani (95% CI 46,06 - 50,54). La momentul efectuării examenului de control vârsta pacienților a variat de la 24 la 77 ani constituind în medie $54,91 \pm 11,88$ ani (95% CI 52,65 - 57,16). Vârsta medie a pacienților de gen feminin – $54,20 \pm 10,72$ ani și bărbați – $56,40 \pm 14,08$ ani nu au fost statistic diferite ($p > 0,05$).

Obezitatea este un factor de risc bine cunoscut în dezvoltarea maladii varicoase și progresarea acesteia până la tulburări trofice. În acest studiu, s-a constatat că, la momentul controlului repetat excesul de greutate, definit ca un indice de masă corporală (IMC) mai mare de $24,9 \text{ kg/m}^2$, a fost prezent la 89 (80,9%) pacienți. Astfel, gradul I de obezitate a fost diagnosticat la 21 (19,09%) pacienți, gradul II la – 11 (10%) și gradul III – la 3 (2,72%) pacienți. Este remarcabil faptul că, la momentul efectuării intervenției chirurgicale pentru maladia varicoasă excesul de greutate a fost observat la un număr mai mic de bolnavi: 75 (68,18%) pacienți. Astfel, putem conchide că, în perioada de după operație la o serie de pacienți incluși în acest studiu se observa tendința de creștere în greutate, ceea ce permite evaluarea influenței acestui factor asupra rezultatului tratamentului chirurgical.

Studiul a colectat, de asemenea, informații cu privire la numărul de sarcini anterioare și nașteri, precum și primirea contraceptivelor orale. Numărul de sarcini a variat de la 1 la 10, valoarea mediană – 2 (1-4) sarcini și numărul de nașteri – de la 1 la 4, valoarea mediană – 2 (1-2) nașteri. La 8 (10,66%) din 75 de pacienți de gen feminin graviditățile și nașterile lipseau. Printre cele 66 de femei care au avut cel puțin o sarcină, varice au fost diagnosticate la 98 membre; în 32 de cazuri, maladia varicoasă a fost de natură bilaterală. În același timp în 31 (31,63%), cazuri, manifestările clinice ale maladii varicoase puteau fi observate înainte de prima sarcină, în 32 (32,65%) cazuri – după prima sarcină și 35 (35,71%) cazuri – după a doua și a treia sarcină. Trebuie remarcat faptul că, conform cercetării efectuate de P.R.Cordts și coaut. la sfârșitul anilor '90, în majoritatea cazurilor, refluxul venos patologic poate fi diagnosticat înainte de sarcină, iar în timpul sarcinii se atestă progresarea și manifestarea semnelor clinice ale maladii varicoase [28]. Utilizarea contraceptivelor hormonale a fost observată în anamneză la 5 (6,75%) paciente de gen feminin.

Durata maladii varicoase la momentul efectuării procedurii chirurgicale a variat de la 1 la 48 de ani și în medie a constituit $19,34 \pm 11,46$ ani (95% CI 17,54 - 21,15). Durata maladii varicoase la momentul efectuării intervenției chirurgicale la pacienții de gen masculin și feminin a fost similară: $20,21 \pm 11,29$ ani (95% CI 18,08 - 22,34) și $17,32 \pm 11,73$ ani (95% CI 13,87 -

20,76), respectiv ($p > 0,05$). Mediana vârstei pacienților la momentul apariției venelor varicoase vizibile ale extremităților a fost de 27 (23-35) ani (minim – 14 ani, maxim – 59 de ani). Anamneză familială varicoasă a fost pozitivă la aproximativ jumătate dintre pacienții intervievați – 59 (53,63%) cazuri. Despre prezența venelor varicoase doar la mama au raportat 38 (34,54%) din pacienți, doar la tată – 14 (12,72%) pacienți. În 7 (6,36%) cazuri, pacienții au indicat prezența varicelor la ambii părinți. Este interesant că, în ciuda absenței maladiei varicoase ale membrilor inferioare la părinți, 5 (4,54%) pacienți au raportat că au varice frații și / sau surorile.

În pofida excesului de greutate, a schimbărilor hormonale și predisunerii ereditare, un factor potențial al riscului insuficienței venoase cronice ar fi aflarea pacientului mult timp în ortostatism și efectuarea unei munci fizice grele. În funcție de natura activității profesionale 69 (62,72%) pacienți au fost antrenați în muncă fizică. Pacienții incluși în studiu au raportat la momentul spitalizării orele aproximative petrecute zilnic în picioare. S-a constatat că majoritatea pacienților – 70 (63,63%) petreceau în ortostatism mai mult de 6 ore în zi, iar 10 (9,09%) pacienți petreceau în mod regulat în poziție ortostatică mai mult de 12 ore. Durata medie a muncii în ortostatism la grupul de studiu a fost de $7,51 \pm 2,44$ ore (95% CI 7,04 - 7,97). Unii cercetători au remarcat corelația dintre orele petrecute în ortostatism prelungit și manifestarea semnelor clinice ale insuficienței venoase [4]. Cu toate acestea, în studiu prezent, analiza nu a relevat nici o corelație semnificativă între aflare zilnică a pacientului de lungă durată în poziție verticală și indicii patologiei insuficienței venoase ca clasa clinică C conform clasificării CEAP (Spearman $r = 0,05$; $P = 0,47$), severitatea durerii (Spearman $r = 0,11$; $P = 0,20$) și intervalul timpului de la apariția maladiei varicoase până la momentul intervenției chirurgicale (Spearman $r = 0,001$; $P = 0,62$).

Maladii cronice concomitente semnificative au fost diagnosticate la momentul intervenției chirurgicale la 35 (31,81%) pacienți. Cel mai des au fost depistate următoarele patologii: hipertensiunea arterială – 17 (15,45%) cazuri, patologii pulmonare obstructive cronice – 6 (5,45%) cazuri, afectarea glandelor endocrine – 6 (5,45%), ulcerul gastroduodenal cronic – 4 (3,63%) cazuri, hepatita cronică – 3 (2,72%), cardiopatia ischemică a cordului – 1 (0,9%) caz. La 2 (1,81%) dintre pacienții la internare a fost observată prezența mai multor patologii concomitente.

Compresia elastică a fost folosită de către pacienți destul de rar. Doar 36 (32,72%) pacienți au raportat folosirea periodică sau permanentă a compresiei pe 53 (33,75%) membre inferioare cu varice. Pacientele de gen feminin au fost mai loiale în ceea ce privește utilizarea compresiei, folosind-o în 27 (36%) cazuri, față de 9 (25,71%) cazuri la bărbați ($p > 0,05$). Durata de utilizare a terapiei de compresie a variat de la o lună la 10 ani, iar valoarea medie a acestui

indicator a fost de 180 (75-365) zile. În 28 (25,45%) de cazuri, pacienții utilizau pentru compresie bandajul elastic, iar în 8 (7,27%) cazuri – produse compresive de tricotaj (șosete, ciorapi, colanți) și în altele 3 (2,72%) – ambele metode de compresie erau folosite. Utilizarea preferențială a fașelor elastice, aparent, se explică printr-o disponibilitate mai redusă a produselor compresive din tricotaj în perioada analizată în rețeaua farmaceutică, precum și a costului mai mare. Farmacoterapia preoperator a fost aplicată la 40 (36,36%) pacienți. Majoritatea pacienților utilizau medicamente topice (geluri de heparina, unguente rutozid) – 30 (27,27%) de observații. Flebotonice (preparatele diosminei) au fost utilizate la 15 (13,63%) pacienți. În 5 (4,54%) cazuri au fost utilizate atât medicamente locale, cât și sistemice.

Scleroterapia venelor varicoase subcutanate la nivelul extremităților inferioare până la efectuarea intervenției chirurgicale deschise a fost notată în anamnezic la 4 (3,63%) pacienți (6 extremități).

Tratamentul chirurgical al maladiei varicoase s-a efectuat cu practic aceeași frecvență la nivelul membrului inferior drept – 80 (50,95%) cât și stâng – 77 (49,04%) cazuri. Operația simultană bilaterală a fost efectuată la – 41 (37,27%) pacienți. În marea majoritate a cazurilor – 155 (98,72%) extremități inferioare operația a fost efectuată în bazinul venei safena magna (VSM), iar în 6 (3,82%) cazuri – în bazinul venei safenă parva (VSP). Pe 4 (2,54%) extremități operația a fost efectuată simultan în ambele bazine venoase. Durata de spitalizare a pacienților în staționar a variat de la 2 la 22 de zile, valoarea mediană a fost de 6 (5-8) zile. Indicațiile pentru operație, volumul acesteia și tehnicile folosite, metoda de anestezie cât și particularitățile tratamentului postoperator vor fi analizate minuțios în capitolul următor al acestei lucrări.

Datele extrase din fișele medicale ale pacienților operați, cât și cele obținute în timpul examinării postoperatorii de control la distanță au fost incluse într-o bază special creată în programul Excel și supuse analizei statistice. În studiu datele sunt prezentate sub formă de valori și proporții absolute, valori medii cu indicarea deviației standard și al intervalului de încredere 95% sau valori mediane care indică 25%-75% intervalul intercuartil. Corectitudinea distribuirii datelor a fost evaluată folosind testul D'Agostino-Pearson, folosind pentru analiza statistică ulterioară metode parametrice și neparametrice. Pentru comparația valorilor medii s-a folosit t-testul bilateral impar cu corectări după Welch sau testul Mann-Whitney, iar pentru compararea proporțiilor – testul Fisher. Pragul de semnificație statistică a fost considerată valoarea $p < 0,05$.

2.2. Metode clinice și instrumentale de evaluare a rezultatelor la distanță ale tratamentului chirurgical

La etapa inițială a examenului de control al pacienților operați au fost înregistrate acuzele, caracteristice pentru insuficiența venoasă cronică: senzația de durere la nivelul membrului operat (de asemenea, descrisă ca o senzație de arsură, furnicături, compresii), senzație de greutate, edem, prurit cutanat, crampe nocturne în mușchii gastrocnemieni. Pentru a determina gradul de severitate al manifestărilor clinice a maladiei varicoase, pacienții au fost rugați să evalueze severitatea simptomelor prin intermediul scalei de rang de 10 puncte (10-SRP). Atunci când semnele subiective și obiective ale patologiei venoase lipsesc cu desăvârșire, punctajul conform acestei scări corespunde valorii 0, iar manifestările cele mai severe sunt dotate cu 10 puncte. Evaluarea severității bolii varicoase conform 10-SRP s-a efectuat de către pacient la momentul examinării de control și anamnetic – la momentul operației și la un an distanță după efectuarea intervenției chirurgicale. De asemenea din anamneză a fost recepționată informația despre tratamentul efectuat postoperator: terapia compresivă, farmacoterapia, scleroterapia și posibilele complicații ale maladiei varicoase: episoade de tromboflebită, ulcere venoase recurente, celulita indurativă sau eczema.



Fig. 2.2. Stadiile insuficienței venoase conform criteriului C al clasificării CEAP

- A. Vene varicoase vizibile, edem „venos” al extremității inferioare – C2, C3;
- B. Modificări trofice exprimate ale pielii gambei, manifestându-se ca hiperpigmentare – C4;
- C. Ulcer venos vindecat pe partea interna a gleznei – C5;
- D. Ulcer venos activ pe fundalul schimbărilor pronunțate ale țesutului cutanat în regiunea treimii inferioare a gambei – C6.

Evaluarea clinică a pacientului a inclus inspecția extremităților inferioare în poziția verticală a acestuia. În timpul examinării în primul rând s-a atras atenția asupra prezenței venelor varicoase ale membrelor operate, determinate conform recomandărilor consensului internațional VEIN-TERM ca vizualizarea vaselor venoase subcutanate sinusoidale cu diametrul de 3 mm și mai mult [40], înregistrate separat pe coapsă și pe gambă. În continuare se clarifica prezența semnelor clinice a insuficienței venoase cronice potențial induse de recidiva maladiei varicoase și anume: edemul membrelor inferioare, hiperpigmentarea țesutului cutanat, prezența semnelor inflamatorii (eritemă, celulită, dermatită, eczemă), indurația cutanată și a țesutului subcutanat (atrofia albă, lipodermatoscleroză) și, de asemenea, prezența ulcerului activ sau a celui vindecat (Figura 2.2.).

În baza datelor evaluării clinice fiecărui membru i-a fost atribuită o clasă funcțională conform clasificării CEAP (Tabelul 2.1.). Versiunea deplină a clasificării CEAP este prezentată în Anexa 3. [41, 121].

Tabelul 2.1 Atribuirea clasei clinice conform clasificării CEAP [41, 121].

Clasa clinică	Descrierea semnelor clinice
C0	Lipsa semnelor vizibile sau palpabile de maladie venoasă
C1	Teleangiectazii sau vene reticulare
C2	Vene varicoase
C3	Edem venos
C4	a – Pigmentarea tegumentelor, eczemă b – Lipodermatoscleroză, atrofia albă
C5	Ulcer venos vindecat al gambei
C6	Ulcer venos activ al gambei

Pentru obiectivizarea și aprecierea gradului de edem s-au efectuat măsurări ale circumferinței membrului inferior cu ajutorul bandei centimetrice. Măsurătorile au fost efectuate la trei niveluri: în regiunea articulației talocrurale, treimea medie și inferioară a gambei, comparând valorile obținute cu membrul contralateral. La pacienții cu clasa funcțională C6 s-a remarcat numărul de ulcere active, durata persistenței și diametrul maxim. Rezultatele obținute în urma examenului clinic al pacientului au permis de a calcula punctajul sumar în conformitate cu scorul de severitate a simptomelor patologiei venoase cronice – **VCSS** (*Venous Clinical Severity Score*), revizuit în anul 2010 [140]. Conform acestui scor, fiecare dintre simptomele

evaluate s-a apreciat ca fiind absent, ușor, moderat sau puternic exprimat. În calcul s-a luat, de asemenea, modul de utilizare a terapiei de compresie de către pacienți. Suma punctajului în acord cu VCSS s-a calculat separat pentru fiecare membru în parte (Tabelul 2.2.).

Tabelul 2.2. Metodologia de calcul a sumei punctelor conform VCSS [140].

criteriu	Absent=0	Slab=1	Moderat=2	Sever=3
Durere sau alt disconfort (greutate, arsură, înțepătură), presupus a fi de origine venoasă	Absentă	Ocazional; nu influențează activitatea zilnică obișnuită	Zilnic, interferează cu, dar nu stopează activitățile cotidiene	Zilnic, limitarea regulată a activității zilnice
Vene varicoase (varice, $d \geq 3\text{mm}$ în ortostatism)	Absente	Puține; ramuri venoase varicoase dispersate, inclusiv coroana flebectatică	Limitate doar la coapsă sau la gambă	Extensive pe coapsă și gambă
Edemul venos (presupus a fi de origine venoasă)	Absent	Doar edemul gleznei sau al plantei	Extins deasupra gleznei dar mai jos de genunchi	Extins spre genunchi și mai sus
Pigmentarea tegumentelor (nu include pigmentarea focală de-asupra varicelor sau de altă origine decât cea venoasă)	Absentă sau localizată (focală)	Limitarea la aria perimaleolară	Difuză, ocupă 1/3 inferioară a gambei	Distribuție extinsă, depășește 1/3 inferioară a gambei
Inflamația (mai mult decât doar o pigmentare recentă; exemplu: eritemă, celulită, eczemă, dermatită)	Absentă	Limitată la aria perimaleolară	Difuză, în 1/3 inferioară a gambei	Extinsă superior de 1/3 inferioară a gambei
Indurația (presupune originea venoasă a modificărilor secundare); exemplu: edem cronic cu fibroză, hipodermită, inclusiv atrofia albă și lipodermatoscleroza	Absentă	Limitarea la aria perimaleolară	Difuză, în 1/3 inferioară a gambei	Extinsă superior de 1/3 inferioară a gambei

Numărul de ulcere venoase active	0	1	2	≥ 3
Durata ulcerului activ (cea mai lungă)	Absent	< 3 luni	> 3 luni - < 1an	Lipsa vindecării în >1 an
Diametrul ulcerului activ (cel mai mare)	Absent	< 2 cm	2 – 6 cm	> 6 cm
Terapie compresională	Nu este utilizată	Ocazional; folosirea intermitentă a ciorapului elastic	Frecvent, poartă ciorap elastic aproape întreaga zi	Mereu, bandaj continuu

Inspecția membrilor a fost finalizată cu studierea amplasării, numărului și lungimii cicatricilor postoperatorii. O atenție deosebită a fost acordată localizării în raport cu pliul inghinal și dimensiunii cicatricei în zona respectivă, retrospectiv evaluând abordul intervenției chirurgicale primare pentru accesul către joncțiunea safeno-femurală. Astfel, în unele observații, numărul și localizarea inciziilor, folosite în efectuarea flebectomiei a permis indirect deducerea concluziei privind extinderea venelor varicoase subcutanate până la intervenția chirurgicală.

Următoarea etapă a examenului de control al pacienților a fost efectuarea scanării Doppler-duplex a sistemului venos al extremităților inferioare. În acest studiu scanarea a fost realizată la toate 157 (100%) membre operate. Examenul a fost realizat în secția imagistică a IMSP Institutul de Medicina Urgentă (Chișinău, Republica Moldova), de către doctorul-imagist de categorie superioară V.Ivanov. A fost utilizat scannerul Vivid™ S6 (GE Healthcare, Chicago, Illinois, SUA) cu transductor liniar și convex multifrecvent. Studiul anatomiei sistemului venos a membrului operat și caracteristicile fluxului sangvin venos a fost realizat în conformitate cu recomandările Consensului Internațional din anul 2011 [32].

Examinarea venelor superficiale și venelor profunde ale extremităților a fost realizată în poziția verticală a pacientului, venele iliace și vena cava inferioară au fost vizualizate în poziția pacientului culcat pe spate (Figura 2.3.). Pentru identificarea refluxului venos patologic s-au folosit mai multe teste: proba Valsalva, compresia-decompresia manuală a masivului muscular al coapsei și gambei, dorsiflexia activă a plantei. Valoarea pragală a duratei refluxului venos fiziologic retrograd potrivit celor mai răspândite păreri s-a considerat 0,5 sec – pentru venele superficiale și 1 sec – pentru venele profunde [18, 138]. Deși opiniile cu privire la criteriile de insuficiență a venelor perforante rămân controversate, în acest studiu a fost considerat patologic fluxul de sânge prin venele perforante îndreptate „spre exterior” și cu o durată mai mare de 0,5 secunde.



Fig. 2.3. Metoda de scanare duplex a sistemului venos la nivelul membrelor inferioare utilizată în studiu de față

- A. Poziția ortostatică a pacientului, utilizată primordial în timpul examinării ultrasonografice a venelor superficiale ale extremităților inferioare;
- B. Scanarea regiunii joncțiunii safeno-femorale;
- C. Scanarea VSM restante și a tributarelor acesteia pe coapsă;
- D. Scanarea zonei joncțiunii safeno-poplitee;
- E. Proba manuală de compresie-decompresie a mușchilor gambei pentru detectarea refluxului venos patologic. În acelaș scop s-a folosit dorsiflexia activă a plantei și proba Valsalva (pentru joncțiunea safeno-femurală);
- F. Identificarea venelor perforante incompetente la nivelul treimii medii a gambei.

În cazul depistării pe membrul examinat a trunchiurilor principale ale VSM și VSP măsurarea diametrului lor a fost realizată în poziția ortostatică a pacientului la o distanță de 5 cm față de joncțiunea safeno-femurală și 3 cm de la joncțiunea safeno-poplitee. În prezența pe

membre doar a fragmentelor solitare a trunchiurilor venoase – măsurătorile au fost efectuate în mai multe puncte, fiind calculată valoarea medie. Cu toate acestea, măsurătoarea nu a fost efectuată în zona de dilatare anevrismală evidentă a venelor superficiale. Diametrul venelor perforante a fost măsurat la nivelul perforării fasciei gambei.

În studierea anatomiei sistemului venos superficial, o atenție deosebită a fost acordată determinării caracterului adecvat al volumului operațiilor primare efectuate, prin înregistrarea: existenței și mărimii bontului VSM / VSP și a tributarelor nemijlocite ale acestora, lungimii înlăturării trunchiurilor magistrale ale venelor superficiale. Scanarea detaliată a regiunii deconectării joncțiunii safeno-femorale a permis diagnosticarea următoarelor variante anatomo-ultrasonografice:

(1) Norma – se vizualizează numai vena femurală comună. Valva terminală, bontul VSM și tributare incompetente nu se vizualizează în această zonă.

(2) Joncțiunea safeno-femurală intactă – în ciuda prezenței cicatricei postoperatorii în regiunea inghinală se vizualizează imaginea ultrasonografică tipică a joncțiunii safeno-femorale și a trunchiului incompetent al VSM.

(3) Bont restant de VSM – se vizualizează valva terminală, lungimea bontului venos de 5 mm sau mai mare, și (+ / -) vene tributare incompetente. În acest caz s-a înregistrat lungimea și diametrul bontului, faptul competenței (sau incompetenței) valvei terminale, precum și numărul și afilierea anatomică a tributarelor incompetente.

(4) Neovascularizare – prezența multiplelor ramuri venoase tortuoase, de diametru mic în imediata apropiere anatomică de locul intervenției chirurgicale pe rețeaua venoasă superficială a membrelor inferioare.

Ultima variantă a descoperirii ultrasonografice are interpretare ambiguă în literatura de specialitate. Deși termenul „neovascularizare“ a fost recomandat pentru utilizare în urma unui consens internațional [40], în realitate practic este imposibil (mai ales în cazul studiilor retrospective) de a constata că vasele vizualizate sunt într-adevăr nou formate. Venele ce formează fenomenul de neovascularizare, pot fi detectate în cazul dilatării compensatorii a vaselor pre-existente invizibile în timpul scanării duplex primare. Atunci când s-a detectat în timpul controlului duplex – imaginea ultrasonografică caracteristică pentru fenomenul de neovascularizare, am observat prezența refluxului prin venele formate, precum și relația lor cu venele superficiale: fragmente reziduale ale trunchiului VSM, sau a tributarelor acesteia. De asemenea, s-a măsurat diametrul celei mai mari dintre venele implicate în formarea fenomenului de neovascularizare, și în consecință, în cazul unui diametru mai mic de 4 mm a fost clasificat

fenomenul ca gradul I de neovascularizare, iar în cazul unui diametru mai mare sau egal cu 4 mm, și prezența refluxului patologic în respectivele vene – ca gradul II [34].

La nivelul coapsei și gambei s-a apreciat prezența integrală sau parțială a trunchiului VSM păstrat, situat în interiorul compartimentului safenian, format din duplicatura fasciei superficiale fiind măsurată lungimea și diametrul acestuia. Trunchiurile, în afara compartimentului safenian au fost clasificate ca tributare ale venelor magistrale superficiale: vena safena accesorie anterioară sau vena safena accesorie posterioară. În cazurile vizualizării venelor safeniene a fost evaluată prezența la nivelul acestora a unui reflux venos patologic. Trebuie de remarcat faptul, că manevra Valsalva s-a folosit pentru a detecta refluxul numai în prezența unei joncțiuni safeno-femorale intacte, în toate celelalte cazuri s-a recurs la probă de compresie-decompresie, deoarece joncțiunea deconectată nu permite răspândirea undelor retrograde de sânge de la nivelul venelor profunde spre cele superficiale.

În cazul în care în compartimentul safenian se vizualizau multiple canale cu circulația sângelui venos, a fost diagnosticată una dintre variantele fenomenului de neovascularizare – revascularizarea canalului post-stripping („*strip track revascularization*”) [100]. Pe parcursul studiului s-a stabilit, de asemenea, prezența fluxului sangvin retrograd în timpul testelor de provocare și legătura canalelor venoase cu tributarele varicoase subcutanate. Metodologia examinării sistemului venos atribuit bazinului VSP nu s-a deosebit în mod semnificativ, cu excepția că nu s-a utilizat manevra Valsalva.

Cercetând venele perforante, s-a testat competența acestora, s-a măsurat diametrul vasului precum și relația cu venele superficiale incompetente. În funcție de localizare au fost distinse vene perforante ale coapsei și gambei, fiecare dintre acestea referindu-se la grupuri mediale, laterale, anterioare sau posterioare. La determinarea venei perforante incompetente, refluxul s-a considerat a fi fluxul sangvin îndreptat de la venele profunde în momentul decompresiei masivului muscular al gambei [24]. Perforantele situate în punctul distal de răspândire a refluxului prin venele magistrale subcutanate și a tributarelor acestora și care la rândul său drenau unda retrogradă a sângelui înspre venele profunde ale gambei, nu erau partajate ca patologice chiar și în cazul diametrului considerabil. Direcția fluxului sangvin din sistemul venos superficial înspre cel profund este fiziologică, iar astfel de perforante îndeplinesc funcția de „*re-entry*” [24, 40]. Parametrii de bază ai hemodinamicii venoase apreciați în zonele anatomice cheie în urma duplex-scanării la pacienții din grupa de studiu sunt prezentați schematic în Figura 2.4.

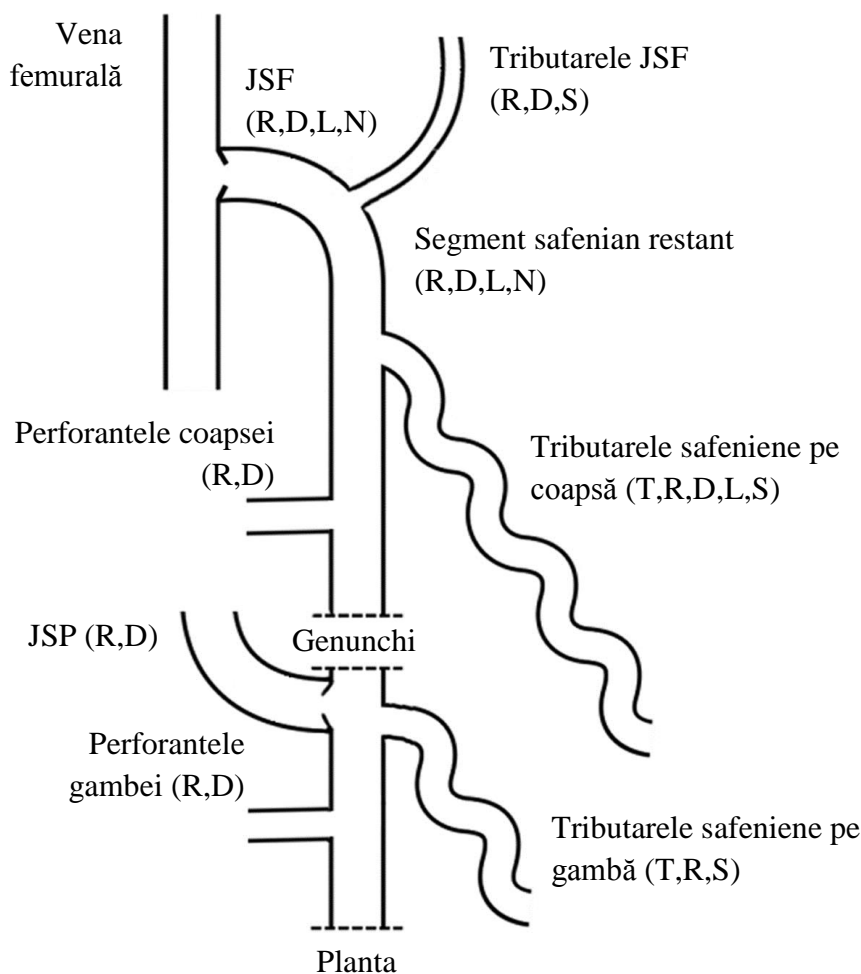


Fig. 2.4. Parametrii duplex-scanării sistemului venos al membrelor inferioare în perioada postoperatorie.

R – reflux; D – diametru; L – lungime; T – tributare; N – neovascularizare; S – sursa refluxului.

În afară de aceasta, Doppler-duplex furnizează informație despre starea sistemului venos profund al membrelor inferioare și a varicelor non-safeniene, deci a venelor ce nu sunt parte componentă ori tributare a VSM și VSP. Astfel investigația ultrasonoră se finisa cu scanarea venelor profunde pentru depistarea obstrucției posttrombotice ori a refluxului, de asemenea depistarea formelor non-safeniene de maladie varicoasă: vene varicoase în regiunea genitală, varice ale nervului sciatic, varice ale plexului venos lateral, venele fosei poplitee.

Rezultatele scanării ultrasonografice Doppler-duplex au fost reflectate sub forma unui raport, în unele cazuri completat de imagini fotografice statice ale constatărilor specifice. Raportul original a rămas în protocolul de studiu, o copie a raportului fiind transmisă pacientului. Datele obținute în timpul scanării au fost introduse într-o bază de date special concepută.

În funcție de rezultatele examinării pacientului era determinată și atribuită prezența semnelor clinice și / sau a celor ultrasonografice ai recidivei maladii varicoase. Criteriu clinic

de recurență postoperatorie a maladiei varicoase era considerat prezența venelor varicoase pe membrul operat la momentul examenului fizical. Diagnosticul de recurență era stabilit indiferent de faptul că varicele erau nou formate sau persistente din timpul intervenției chirurgicale. Ca vene recidivante au fost considerate varicele situate atât în zona de intervenție chirurgicală suportată, cât și în regiunea altor bazine venoase. Persistența sau creșterea clasei clinice C, comparativ cu cea pre-operatorie, dar în lipsa la momentul controlului a venelor varicoase nu au fost considerate ca recidivă a maladiei varicoase. De regulă la astfel de pacienți în urma investigației instrumentale se atesta insuficiență venoasă recidivantă „imagistică” sau „ultrasonoră”. Criteriu ultrasonor de recurență a fost considerat prezența refluxului venos patologic în orice zonă a sistemului venos al membrului operat.

Trebuie menționat în mod separat, că un sistem standardizat de examinare a pacienților cu recurență postoperatorie a venelor varicoase conform conceptului REVAS [110] nu a fost utilizat în acest studiu. Drept motiv au servit următoarele criterii. Conform publicației originale REVAS semnificația clinică a refluxului este determinată în mod subiectiv de către un medic examinator. Evident, că este dificil de a determina sursa de reflux și, în special, de a cuantifica valoarea refluxului din diferite surse, chiar și cu ajutorul datelor scanării duplex. În consecință, unul dintre cele șase criterii cheie care caracterizează venele varicoase recurente, decade din analiza rezultatelor postoperatorii. Un alt dezavantaj al clasificării este lipsa unor criterii clare cantitative (dimensiunea venelor varicoase recidivante), în special, necesare pentru a clasifica fenomenul de neovascularizare. În cele din urmă, un obstacol metodologic important pentru utilizarea de rutină a sistemului este lipsa unui chestionar REVAS validat tradus în limba română.

2.3. Metode de cercetare a calității vieții pacienților operați

Evaluarea rezultatului operației de către însuși pacient este extrem de importantă. Uneori medicii și pacienții evaluează rezultatul diferit, iar medicii de obicei având tendința de a supraestima efectul pozitiv al intervenției, ceea ce denaturează rezultatele studiilor [45]. Studiarea calității vieții pacienților operați teoretic permite determinarea celei mai eficiente metode de tratament.

Au fost propuse mai multe chestionare, special concepute pentru evaluarea calității vieții pacienților cu patologie venoasă [81]. Unele dintre acestea au fost special elaborate pentru pacienții cu ulcer venos (VLU-QOL, SPVU-5D), iar altele pentru orice stadiu de insuficiență venoasă (ABC-V, VEINES-QOL) [53, 54, 61, 78, 80, 107]. În studiul de față au fost utilizate trei scale pentru evaluarea calității vieții la distanță a pacienților operați: scorul venos de dizabilitate

VDS (*Venous Disability Score*), care este o parte componentă a clasificării CEAP, scala de evaluare a calității vieții pacientului cu insuficiență venoasă **Ve-QOL** (*Venous Quality Of Life*) [19] și chestionarul **ABC-V** (*Assessment of Burden in Chronic Venous Disease*) pentru autoevaluarea calității vieții în boala venoasă cronică. Drept argument pentru utilizarea simultană a celor trei scale a servit structura lor diferită și îndreptată spre studierea diferitor componente și factori ce determină starea sănătății. Utilizarea mai multor abordări posibile a permis evaluarea complexă a calității vieții și compararea rezultate obținute cu ajutorul diferitor chestionare.

Scara VDS este cel mai simplu sistem de evaluare a impactului bolii venoase asupra capacității pacientului de a lucra. Această scară prevede patru opțiuni de evaluare: 0 puncte – simptomele bolii lipsesc; 1 punct – simptomele bolii venoase sunt prezente, dar pacientul este capabil de a efectua sarcinile cotidiene în întregime, fără utilizarea terapiei de compresie; 2 puncte – poate finaliza activitatea zilnică doar cu compresie și/sau elevarea membrului; 3 puncte – pacientul este incapabil să exercite activitățile uzuale, chiar și după compresie și / sau elevarea membrului. Avantajul incontestabil al scarei VDS este simplitatea utilizării sale și timpul minim necesar ca pacientul să răspundă la întrebări. În același timp, rezultatele obținute prin intermediul acestei scale, sunt dependente de activitatea sa profesională, graficul de lucru și de prezența patologiilor concomitente. Trecerea pacientului la un alt loc de muncă sau îmbrățișarea unei profesii noi, poate modifica numărul de puncte obținute după VDS. Deși acest sistem de notare ia în considerare efectul terapiei de compresie, care permite să se diferențieze simptomele cauzate anume de refluxul venos, nu ar trebui să uităm că nu toți pacienții sunt complianți în utilizarea compresie elastice. Refuzul pacientului de a utiliza terapia de compresie din motive financiare sau din cauza efectelor sale secundare (prurit cutanat, alergii asociate cu purtarea ce aduce disconfort) pot distorsiona rezultatele studiului. Mai mult decât atât, asupra modului de a purta confecțiile compresive influențează clima, adică, un număr diferit de puncte poate fi obținut în diferite perioade ale anului de la unul și același pacient.

Chestionarul Ve-QOL, se deosebește prin faptul că ia în considerare prezența unor simptome clinice obiective (edemul membrului) și subiective (durerea și pruritul cutanat) ale maladiei varicoase, precum și aspectele sociale, psihologice și economice ale calității vieții (Tabelul 2.3).

După cum se poate observa din tabel fiecare dintre aspectele calității vieții descrise de către pacient sunt evaluate de la 0 puncte – stare satisfăcătoare sau absența simptomelor corespunzătoare, până la 10 puncte – cea mai înaltă manifestare a problemei, cauzată de patologia venoasă. Prin urmare, numărul minim de puncte din chestionar este 0, ceea ce indică o lipsă totală a impactului maladiei venoase asupra calității vieții, iar cea maximă – 100.

Tabelul 2.3. Chestionarul calității vieții pacientului cu insuficiență venoasă Ve-QOL [19].

Criterii de evaluare	Gradul de severitate		
	Lipsa sau normă	Moderat	Foarte puternic
Edemul membrului	0 puncte	5 puncte	10 puncte
Dificultăți la mers	0 puncte	5 puncte	10 puncte
Dificultăți în realizarea sarcinilor cotidiene	0 puncte	5 puncte	10 puncte
Durere sau prurit la nivelul membrelor	0 puncte	5 puncte	10 puncte
„Povară socială”	0 puncte	5 puncte	10 puncte
Cheltuieli suplimentare	0 puncte	5 puncte	10 puncte
Timp pierdut asociat cu boala	0 puncte	5 puncte	10 puncte
Probleme în relații interpersonale	0 puncte	5 puncte	10 puncte
Scăderea încrederii în puterile proprii	0 puncte	5 puncte	10 puncte
Limitarea în efectuarea exercițiilor fizice sau în odihna activă	0 puncte	5 puncte	10 puncte

Chestionarul ABC-V, elaborat în 2010, descrie cel mai detaliat diferite aspecte ale calității vieții pacienților cu insuficiență venoasă [54]. La crearea anchetei autorii s-au străduit să evite repetarea informației, incluse în scorul VCSS și VDS. Ca rezultat, în chestionar practic lipsesc întrebările, ce se referă la descrierea semnelor patologiei venoase și a simptomelor clinice. Chestionarul reflectă exclusiv influența patologiei venoase asupra vieții sociale, familiale și personale ale pacientului. Avantajul incontestabil al utilizării chestionarului în acest studiu este existența versiunii traduse și validate în limba română [16].

Chestionarul ABC-V include 36 de întrebări referitoare la diverse aspecte ale calității vieții: senzația de durere (întrebările 1-4), activitatea zilnică (întrebările 5-14), relațiile personale și familiale (întrebările 15-18), activitatea profesională (întrebările 19-22), efectele psihologice (întrebările 23-32) și relația cu medicul de familie (întrebările 33-36). Există trei răspunsuri posibile la fiecare dintre cele 36 de întrebări: „Nu, nu în cazul meu” – 0 puncte, „Da, în cazul meu, dar cu aceasta nu este greu de trăit” – 1 punct și „Da, în cazul meu, și cu aceasta este foarte greu de trăit” – 2 puncte. Pentru a calcula punctajul este folosită următoarea formulă: suma de puncte marcate de către pacient la întrebările 1-4, 15-18, 19-22 și 33-36 – este înmulțită cu 10 și împărțită la 8, iar suma punctelor marcate de către pacient la întrebările 5-14 și 23-32 – este

înmulțită cu 10 și împărțită la 20. Pentru a determina mai obiectiv și exact calitatea vieții, autorii au completat chestionarul ABC-V cu trei scale analogice vizuale, fiecare dintre care descrie semnificația maladiei în trei aspecte – mental, fizic și global. Pentru fiecare dintre scale, pacientul poate acumula 0 puncte – influență absolut ne semnificativă a bolii venoase asupra calității vieții, până la 10 puncte – suferințe insuportabile cauzate de boală. Ca rezultat, suma punctelor acumulate conform scalei ABC-V poate varia de la 0, ceea ce corespunde calității maxime a vieții, până la 90 – o calitate minimă a vieții. Versiunea completă a unui chestionar validat este prezentată în Anexa 4.

În acest studiu, toți pacienții au completat toate cele trei variante de chestionar – VDS, Ve-QOL, și ABC-V. În cazul scalei VDS – toate rezultatele au fost incluse în studiu. Printre chestionarele completate de către pacienți, au fost depistate 7 anchete, care nu au fost incluse în analiza ulterioară: 2 (1,81%) chestionare Ve-QOL, și 5 (4,54%) anchete ABC-V. Chestionarele au fost excluse datorită bifării incomplete – 4 cazuri, sau a unui răspuns dublu la aceeași întrebare – 3 cazuri. Astfel, toate cele trei chestionare au putut fi utilizate pentru 104 (94,54%) pacienți (un pacient a comis greșeli la completarea ambelor chestionare).

2.4. Concluzii la capitolul 2

1. Prezentul studiu al rezultatelor pe termen lung ale tratamentului chirurgical al maladiei varicoase ale membrelor inferioare se bazează pe o analiză retrospectivă a fișelor medicale și examinarea ulterioară a 110 pacienți (157 extremități inferioare) cu maladie varicoasă primară, spitalizați și operați prin metoda clasică „deschisă” în Clinica Chirurgie Generală și Semiologie nr.3 pe parcursul perioadei de opt ani.
2. Dintre cei 348 de pacienți invitați doar 110 (31,6%) au fost de acord să participe la studiu, ceea ce se explică prin procesul de migrație a populației Republicii Moldova, perioada suficient de îndelungată de la momentul operației până la studierea rezultatelor pe termen lung (în medie de $82,01 \pm 1,7$ luni), precum și alți factori. Cu toate acestea, prezentarea aparent scăzută a pacienților la acest studiu retrospectiv corespunde celei menționate în literatura medicală specializată.
3. În prezentul studiu examinarea clinică repetată a pacienților și duplex scanarea a 80,25% observații au fost efectuate la o perioadă de timp mai mare de 5 ani de la momentul intervenției chirurgicale primare și în toate cazurile mai târziu de 3 ani, ceea ce este suficient pentru un studiu complet al rezultatelor la distanță ale tratamentului chirurgical al venelor varicoase ale membrelor inferioare și pentru a obține concluzii fiabile.

4. În grupa generală a pacienților examinați au fost depistate următoarele caracteristici cantitative ale factorilor potențiali de risc în dezvoltarea și progresarea maladiei varicoase, de asemenea și a severității acesteia: masa corporală excesivă (IMC mai mare 24,9 kg/m²) a fost prezentă la 80,9% pacienți, durata de existență a venelor varicoase la momentul efectuării intervenției chirurgicale a constituit în mediu 19,34±11,46 ani, anamnezic familial pozitiv al maladiei varicoase stabilit la 53,63% pacienți, practicau preponderent lucru fizic 62,72% bolnavi, mai mult de 6 ore pe zi petreceau în ortostatism 63,63%, doar 32,72% pacienți până la operație periodic sau permanent foloseau terapie compresională elastică. De asemenea, a fost studiată informația despre numărul de sarcini și nașteri suportate cât și utilizarea contraceptivelor perorale.
5. În marea majoritate a cazurilor operațiile erau efectuate în bazinul venei safena magna (98,72% membre inferioare), iar în bazinul venei safena parva – 3,82% extremități. Operație bilaterală simultană a fost efectuată la 37,27% pacienți.
6. Schema examinării pacienților prevede efectuarea scanării Doppler-duplex cu studierea anatomiei sistemului venos al membrului operat și caracteristicilor fluxului de sânge venos conform recomandărilor consensului Internațional. Componentele obligatorii ale investigației ultrasonore erau orientate direct spre eventuala depistare a refluxului venos patologic în venele superficiale și profunde, măsurarea diametrului venelor subcutanate, evaluarea caracteristicilor postoperatorii ale zonei joncțiunii safeno-femorale, semnelor instrumentale ale neovascularizării, incompetenței venelor perforante, evaluarea stării sistemului venos profund al membrelor inferioare, și de asemenea evidențierea prezenței varicelor non-safeniene.
7. Pentru evaluarea complexă a calității vieții și obiectivizarea rezultatelor la distanță ale tratamentului chirurgical al maladiei varicoase în acest studiu au fost folosite trei scoruri specializate: VDS, Ve-QOL și ABC-V, ce au permis studierea multilaterală a influenței patologiei venoase asupra vieții sociale, personale și familiale a pacientului, de asemenea aspectele economice și psihologice ale calității vieții.
8. Datele calitative și cantitative obținute în urma cercetării au fost supuse prelucrării folosind metode statistice acceptate.

3. IMPACTUL CLINIC ȘI HEMODINAMIC AL INTERVENȚIEI CHIRURGICALE ÎN CAZUL MALADIEI VARICOASE

3.1. Analiza indicațiilor și volumului intervenției chirurgicale primare

Decizia în favoarea tratamentului chirurgical la bolnavii cu maladie varicoasă a membrilor inferioare se ia în baza mai multor indicații, atât a tabloului clinic variat cât și a acuzelor pacienților. În mod programat intervențiile se efectuează pe venelor varicoase necomplicate, care cauzează disconfort estetic sau un șir de simptome subiective (durere, greutate, edem, crampe, prurit, parestezie), de asemenea în dezvoltarea insuficienței venoase cronice severe și a manifestărilor sale extreme – ulcer trofic activ. Odată cu dezvoltarea trombozei acute în sistemul venos superficial, în special atunci când în procesul trombotic este implicat trunchiul principal al VSM, deseori se recurge la intervenția chirurgicală urgentă. În acest studiu majoritatea pacienților 81 (73,63%) au fost operați în mod programat. Diagnoza de tromboflebită acută a fost stabilită la 29 (18,47%) extremități, care au fost operate în regim de urgență. Distribuția extremităților operate conform claselor clinice ale clasificării CEAP este prezentată în Figura 3.1.

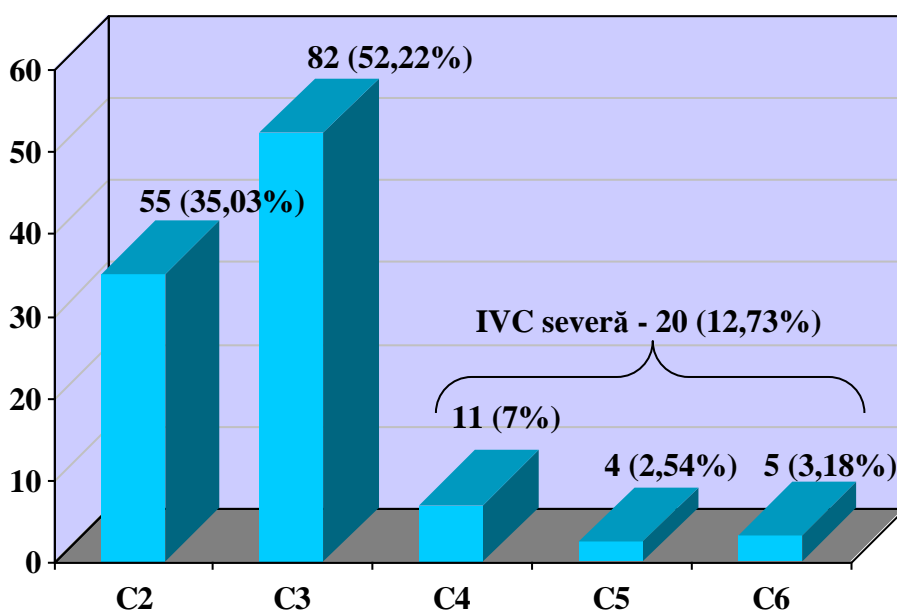


Fig. 3.1. Distribuția extremităților operate conform claselor clinice clasificării CEAP la momentul efectuării intervenției chirurgicale primare (n = 157).

Din graficul prezentat se vede, că cele mai multe intervenții chirurgicale – 137 (87,26%) au fost efectuate la extremitățile fără semne ale insuficienței venoase cronice (IVC) severe, iar edemul venos a fost cauza cea mai frecventă pentru efectuarea operației în maladia varicoasă.

Toți bolnavii cu clasa clinică C2-C3 la momentul internării acuzau anumite simptome la nivelul membrului cu varice, în așa mod nici un pacient nu a fost operat exclusiv în bază de disconfort estetic.

Deoarece maladia varicoasă este o boală cronică care progresează constant, este logic să presupunem că durata anamnezei „varicoase” trebuie să crească proporțional cu creșterea clasei clinice după CEAP. Valoarea medie a intervalului de timp din momentul apariției primelor simptome a bolii până la momentul intervenției chirurgicale în acest studiu a constituit $19,8 \pm 12,68$ ani – pentru clasa clinică C2; $17,94 \pm 9,91$ ani – pentru clasa clinică C3; $20,73 \pm 12,79$ ani – pentru clasa clinică C4; $36 \pm 10,10$ ani – pentru clasa clinică C5; și $21 \pm 12,19$ ani – pentru clasa clinică C6. În pofida duratei mai lungi a maladii care se atestă în IVC severă, testul Kruskal-Wallis completat cu post-testul multiplelor comparații după Dunn, nu a arătat nici o diferență statistic semnificativă între toate valorile prezentate ($p > 0,05$). Aparent evoluția și progresia bolii într-o mare măsură sunt determinate de particularitățile constituționale și hemodinamice, decât de însăși durata anamnezei.

Unul dintre acești factori este excesul masei corporale, care conform opiniei unor autori, este unul dintre factorii de risc principali care cauzează progresarea insuficienței venoase până la stadiul dereglărilor trofice [30, 143]. În grupa noastră de pacienți o diferență statistică semnificativă a fost stabilită numai pentru valorile medii ale IMC în grupa cu clasa clinică C2 față de cazurile cu clasa clinică C3: $25,95 \pm 3,34$ kg/m² și $27,95 \pm 4,41$ kg/m², respectiv ($p < 0,05$; test Kruskal-Wallis). Se poate presupune, că excesul masei corporale contribuie la creșterea presiunii intraabdominale și ca urmare a presiunii hidrostatice în venele incompetente ale extremităților inferioare. Creșterea presiunii transmurale la nivelul patului capilar contribuie la extravazarea lichidului și dezvoltarea edemului. Analizând rolul factorilor constituționali asupra dezvoltării insuficienței venoase a extremităților inferioare trebuie luat în considerare faptul, că în majoritatea cazurilor de maladie varicoasă bilaterală, clasele clinice pentru fiecare dintre extremități diferă substanțial. De exemplu, din 47 de pacienți cu maladie varicoasă bilaterală, incluși în studiu, la 16 (34,04%) clasele clinice la extremitatea dreaptă și stângă nu sunt identice. În același timp, la doi bolnavi diferența severității insuficienței venoase între extremitățile operate a constituit – 2 clase clinice (C3 – la o extremitate și C5 – la alta), iar la alți doi pacienți – 3 clase (C3 la o extremitate și C6 la alta). În general la 7 (14,89%) bolnavi la o extremitate inferioară a fost diagnosticată maladia varicoasă de clasa C2-C3, iar contralateral – insuficiență venoasă cronică severă. Se poate presupune, că în dezvoltarea dereglărilor trofice un rol important joacă nu doar factorii generali dar și caracterul dereglărilor hemodinamicii venoase, specifice fiecărei extremități în parte. Noi nu am identificat o localizare preponderent pe dreapta sau stânga a

claselor clinice C4-C6: 12 (15%) din 80 de extremități și 8 (10,38%) din 77 extremități, respectiv ($p > 0,05$; test χ^2).

Deși printre pacienți și chiar medici există o opinie cu privire la prezența unei corelații pozitive între severitatea insuficienței venoase și răspândirea dilatării varicoase a venelor subcutanate, rezultatele obținute de noi neagă existența acestei legături. Printre pacienții cu clasele clinice C2-C3 numărul mediu de zone cu prezența varicelor la nivelul gambei a constituit $2,76 \pm 0,97$ (95% CI 2,6 – 2,93) față de $2,8 \pm 0,95$ zone (95% CI 2,35 – 3,24) la bolnavii cu IVC severă ($p > 0,05$; t -test cu corectări după Welch). Mai mult ca atât, pe extremitățile cu clasele C2-C3 mai des se remarcă prezența venelor varicoase la nivelul coapsei – 26 din 137 observații, în comparație cu clasele C4-C6 – 2 din 20 cazuri, cu toate că această diferență, de asemenea, nu a atins nivelul semnificației statistice ($p > 0,05$; test χ^2).

Așa cum s-a menționat mai devreme, duplex scanarea preoperatorie a sistemului venos a fost efectuată doar la o parte din observații: la 25 (22,72%) bolnavi pe 37 (23,56%) extremități inferioare. Încă la sfârșitul secolului XX – începutul secolului XXI investigația ultrasonoră a fost recunoscută ca fiind „standardul de aur” în diagnosticarea maladiilor venoase în general, și a maladiei varicoase în particular [72, 92]. Numărul mic de pacienți examinați în acest studiu se explică prin disponibilitatea limitată la acea vreme a duplex scanării. Toate investigațiile ultrasonore preoperatorii au fost efectuate până la momentul internării bolnavilor în clinică și efectuate în alte instituții medicale de stat sau în centre medicale private. În afara de aceasta, o parte dintre medicii care efectuau intervenția chirurgicală la pacienții incluși în studiu, considerau efectuarea duplex scanării înainte de operație nejustificată, bazându-se întru totul pe rezultatele testelor clinice funcționale. Trebuie de remarcat faptul, că și în Marea Britanie conform chestionarului, efectuat în anul 1999 printre membrii Societății chirurgilor vascolari s-a constatat că doar 65% din specialiști apelau la Doppler scanare pentru examinarea bolnavilor cu maladie varicoasă [83].

Printre pacienții, examinați cu ajutorul duplex scanării, reflux patologic venos în bazinul VSM a fost diagnosticat la nivelul a 34 (91,89%) extremități, iar în bazinul VSP – 4 (10,81%). Pe 2 (5,4%) extremități refluxul a fost diagnosticat la nivelul ambelor vene magistrale subcutanate și încă pe o extremitate a fost pusă în evidență incompetența afluentului anterior al VSM. Incompetența valvei suprasafeniene a venei femurale comune s-a atestat în 26 (70,27%) cazuri. În același timp, cu o frecvență similară refluxul patologic venos a fost clasificat de către medicul-imagist ca nesemnificativ (13 extremități) și ca moderat (13 extremități). În toate cazurile dezvoltării fluxului sangvin retrograd în vena femurală comună în timpul efectuării probei Valsalva, se depista de asemenea și incompetența valvei terminale a joncțiunii safeno-

femorale cu răspândirea ulterioară a refluxului sangvin pe VSM (25 extremități) sau pe tributara anterioară ale acesteia (1 extremitate). În 3 (10,34%) din 29 observații de incompetență a joncțiunii safeno-femorale, reflux în vena femurală comună nu a fost depistat, ceea ce ne permite să conchidem că drept sursă a fluxului sangvin retrograd în aceste cazuri serveau tributarele crosei VSM. În 6 (17,64%) cazuri în timpul duplex scanării a fost diagnosticat un reflux segmentar în trunchiul VSM în lipsa incompetenței valvei terminale și preterminale a joncțiunii safeno-femorale. La 20 (58,82%) din 34 extremități cu varice în bazinul VSM refluxul în trunchiul principal al venei se atesta numai la nivelul coapsei, la 1 (2,94%) extremitate – numai pe gambă, iar la celelalte 13 (38,23%) extremități – se atesta reflux total din regiunea inghinală până la treimea inferioară a gambei. Prezintă interes comparația gradului insuficienței venoase în raport cu clasele clinice CEAP în diferite variante ale refluxului patologic venos în VSM (Tabelul 3.1.).

Tabelul 3.1. Variantele refluxului patologic venos în VSM în diferite clase clinice CEAP la momentul intervenției chirurgicale primare.

Varianta refluxului	Clasa C2-C3 (n = 28)	Clasa C4-C6 (n = 7)	Valoarea P
Reflux din vena femurală comună	20 (71,42%)	6 (85,71%)	ns (Fisher)
Reflux din tributarele crosei	3 (10,71%)	0 (0%)	ns (Fisher)
Reflux segmentar în VSM	20 (71,42%)	1 (14,28%)	= 0,009 (Fisher)
Reflux total în VSM	7 (25%)	6 (85,71%)	= 0,005 (Fisher)

După cum putem observa din Tabel, în pofida numărului mic de observații s-a constatat o diferență statistică veridică în extinderea refluxului la pacienții cu IVC severă versus fără dereglări trofice. La clasele clinice C2-C3 veridic mai frecvent s-a diagnosticat refluxul segmentar în VSM. Totodată, competența aparatului valvular al joncțiunii safeno-femorale nu a avut influență semnificativă asupra manifestărilor clinice ale maladii varicoase. În toate cele patru cazuri de maladie varicoasă în bazinul VSP (două izolate și doua combinate cu refluxul în VSM) dereglări trofice ale pielii gambei nu erau prezente.

Vene perforante incompetente ale gambei au fost vizualizate în timpul duplex scanării la 19 (51,35%) din extremitățile investigate, iar numărul lor varia de la 1 la 3. Numărul mediu al

perforantelor incompetente și diametrul mediu pe extremitățile cu clasele clinice C2-C3 și C4-C6 nu diferă în mod semnificativ: 0 (0-1) vene versus 1 (0-1) vene și $4,38 \pm 0,73$ mm (95% CI 3,96 – 4,81) versus $4,9 \pm 0,96$ mm (95% CI 3,7 – 6,09), respectiv ($p > 0,05$ în ambele cazuri).

Printre pacienții operați fără duplex scanare preventivă, intervenția pe VSM a fost efectuată la 120 (100%) extremități, în 4 (3,33%) cazuri – în combinație cu intervenție pe VSP. Se face remarcă faptul, că printre bolnavii investigați prin intermediul duplex scanării, incompetența VSP s-a diagnosticat mai des – la 4 (10,81%) din 37 cazuri, totuși diferența atestată nu a atins valoarea statistic semnificativă ($P = 0,07$). Trebuie de remarcă faptul că, conform datelor din literatură, maladia varicoasă în bazinul VSP se atestă aproximativ la 10-15% bolnavi [17, 101]. Se poate presupune, că în lipsa investigației ultrasonore preoperatorii în marea majoritate a cazurilor incompetența VSP rămâne nedagnosticată. Mai mult ca atât, chiar și utilizând Doppler-ul portativ nu întotdeauna (aproximativ 70% cazuri) se reușește depistarea refluxului în regiunea joncțiunii safeno-poplitee, ceea ce este în concordanță cu variabilitatea anatomică semnificativă în această regiune a sistemului venos [12].

Doar doi dintre bolnavii incluși în studiu au fost operați în condițiile anesteziei regionale (spinale). În toate celelalte cazuri se folosea anestezia intravenoasă generală cu respirație spontană – 97 (88,18%) sau ventilarea artificială a plămânilor – 11 (10%). Fără îndoială, o astfel de practică diferă radical de tendințele moderne în chirurgia maladei varicoase, îndreptate spre micșorarea gradului de traumatism operator și scăderea riscului preoperator, cu utilizarea preponderant a anesteziei locale prin infiltrație. Cu toate acestea, în perioada de timp studiată, metodele miniminvazive de tratament ale maladei varicoase nu se utilizau în Clinică. Mai mult ca atât, aspirația chirurgilor spre rezecția maximal „radicală” a venelor varicoase afectate, s-a reflectat asupra duratei destul de mari a intervențiilor care varia de la 30 până la 140 minute și avea o medie de $74,54 \pm 22,09$ minute (95% CI 70,36 – 78,71) pentru o extremitate.

La pacienții cu maladie varicoasă în bazinul VSM s-au efectuat diferite modificări tehnice ale tratamentului „clasic” operator – crosectomie (deconectarea joncțiunii safeno-femorale și a tuturor ramurilor tributare ale acesteia), și stripping (înlăturarea trunchiului venos principal), în combinație cu flebectomia (înlăturarea tributarelor varicoase) și deconectarea venelor perforante incompetente. Intervenții chirurgicale pe VSM au fost efectuate pe toate cele 157 extremități, incluzând 2 cazuri de afectare izolată a VSP și un caz – de reflux în tributara anterioară a VSM. Fără îndoială, ultimele trei observații sunt un exemplu de eroare tactică severă în planificarea volumului intervenției chirurgicale. Înlăturarea VSP absolut competente fără semne de dilatare și reflux patologic, fără îndoială, nu a fost indicată și fără temei a mărit gradul de traumatizare al intervenției chirurgicale. Mai mult decât atât, în urma intervenției, bolnavii au

fost lipsiți de cel mai potrivit material pentru potențiale reconstrucții arteriale mai jos de regiunea plicii inghinală. Nu este posibil de stabilit retrospectiv motivul erorilor tactice comise. Putem doar presupune, că interpretarea incorectă sau neatență a rezultatelor duplex scanării preoperatorii a survenit ca urmare a pregătirii profesionale insuficiente a chirurgului operator în domeniul flebologiei.

Accesul către joncțiunea safeno-femurală s-a efectuat pe linia plicii inghinale aproximativ în jumătatea observațiilor – 80 (50,95%) extremități. În cazurile, în care se efectua acces infrainghinal, distanța de la linia plicii inghinale până la linia inciziei varia de la 1 până la 4 cm. și alcătuia în mediu $2,55 \pm 0,73$ cm (95% CI 2,39 – 2,72). Valoarea mediană a lungimii accesului către joncțiunea safeno-femurală constituia 7 (6-7) cm, iar lungimea minimală și maximală constituia 3 cm și 12 cm, respectiv. Lungimea accesului s-a dovedit a fi mult mai mare la bolnavii cu obezitate: 7 (6-7) cm, comparativ cu indicatorul corespunzător la pacienții cu greutate corporală normală – 6 (5-7) cm ($p = 0,0014$; test Mann-Whitney). În acest studiu pentru efectuarea crosectomiei s-au utilizat metodele, îndreptate spre profilaxia recidivei maladiei varicoase postoperatorii cauzată de fenomenul de neovascularizare inghinală: inversia endoteliului bontului VSM (60 cazuri), rezecția bontului VSM (2 cazuri) și implantarea petecului sintetic în regiunea deconectării joncțiunii safeno-femorale (1 caz). Crosectomia în varianta „clasică” a fost efectuată la 94 (59,87%) extremități.

La fel ca și crosectomia, stripping-ul VSM a fost efectuat pe toate extremitățile operate. În așa fel, ligaturarea izolată a VSM sau crosectomia izolată, în studiul de față nu s-a aplicat. Stripping-ul scurt al VSM, se definește ca extirparea venei din regiunea inghinală până la nivelul articulației genunchiului ori treimii superioare a gambei și a fost efectuat în 62 (39,49%) observații. Totodată, stripping-ul ascendent (de la gambă spre regiunea inghinală) s-a efectuat în 37 (23,56%) cazuri, iar descendent (de la nivelul regiunii inghinală spre gambă) – în 25 (15,92%) cazuri. Stripping-ul lung, adică înlăturarea totală a trunchiului VSM de la nivelul regiunii inghinale până la nivelul maleolei mediale, s-a efectuat pe 95 (60,5%) extremități. Rezultatele obținute sunt într-o oarecare contradicție cu datele din literatură, care indică că în majoritatea cazurilor (aproximativ 70% din observații) justificată și corespunzătoare caracterului dereglărilor hemodinamice venoase este utilizarea stripping-ului scurt al VSM [75, 113]. Utilizarea predominantă a stripping-ului lung în acest studiu poate fi explicată prin două motive: (1) mobilizarea tehnică relativ simplă a trunchiului VSM la nivelul gleznei și introducerea sondei pentru stripping în sensul ascendent, precum și (2) utilizarea mai redusă a duplex scanării, care ne permite să depistăm extinderea distală reală a refluxului prin VSM. Totuși trebuie de

menționat, că în 12 (12,63%) cazuri stripping-ul lung a fost efectuat la pacienții, la care conform duplex scanării s-a diagnosticat doar reflux segmentar în VSM.

În pofida faptului, că maladia varicoasă în bazinul VSP a fost diagnosticată până la operație pe 8 extremități, intervenția în acest bazin venos a fost efectuată în 9 cazuri. La un pacient cu reflux în VSM a fost efectuat stripping-ul ambelor vene subcutanate (mare și mică), ceea ce poate fi clasificat ca o eroare tactică gravă. În timpul operației pe VSP deconectarea izolată a joncțiunii safeno-poplitee s-a efectuat în 5 (55,55%) cazuri, rezecția segmentului proximal al trunchiului VSP – în 2 (22,22%) cazuri și stripping-ul VSP – în 2 (22,22%) cazuri.

Flebectomia tributarelor varicos dilatate ale venelor magistrale subcutanate a fost efectuată pe majoritatea extremităților – 143 (91,08%) observații. În toate aceste cazuri flebectomia s-a efectuat la nivelul gambei, iar în 14 (9,79%) cazuri de asemenea și la nivelul coapsei. Venele perforante mediale incompetente ale coapsei au fost deconectate în timpul operației pe 9 (5,73%) extremități, iar perforantele incompetente ale gambei – pe 51 (32,48%) extremități. În marea majoritate a observațiilor – 49 (96,07%) ligaturarea perforantelor gambei s-a efectuat epifascial. Prezintă interes compararea datelor duplex scanării preoperator cu volumul intervenției pentru înlăturarea refluxului orizontal. În așa fel, pe doua extremități, la care conform protocolului intervenției chirurgicale a fost efectuată deconectarea venei perforante incompetente a coapsei, informația referitoare la sursa refluxului patologic venos lipsea în concluzia medicului imagist. O situație analogică s-a identificat și în alte 4 observații, când s-a efectuat ligaturarea perforantelor gambei. Probabil, în aceste cazuri, de către chirurgul operator a fost ligaturată o tributară masivă a VSM ce pătrundea adânc în țesut, fiind în mod greșit interpretată drept venă perforantă a gambei sau coapsei în timpul intervenției.

Ghidurile contemporane în flebologie recomandă efectuarea ligaturării perforantelor incompetente ale gambei exclusiv în cazul IVC severe [146], cu toate acestea, în grupa noastră de pacienți studiați 40 (78,43%) din 51 de intervenții chirurgicale pe perforantele gambei au fost efectuate în cazul claselor clinice C2-C3. În acelaș timp în cazul IVC severe deconectarea perforantelor incompetente ale gambei s-a efectuat veridic mai frecvent, decât la clasele C2-C3: 11/20 (55%) versus 40/137 (29,19%), respectiv ($p < 0,05$; test χ^2). Deși ceva mai des deconectarea perforantelor gambei s-a efectuat în grupa bolnavilor investigați prin duplex – 15 (40,54%) din 37 extremități; alte 36 (30%) din 120 intervenții au fost efectuate exclusiv în baza examinării clinice a pacientului ($p > 0,05$).

În perioada postoperatorie marea majoritate a pacienților – 108 (98,18%) au primit analgezice opioide. Durata totală a analgeziei, incluzând utilizarea medicamentelor anti-inflamatorii nesteroidiene, a variat de la o zi la 8 și a constituit în mediu $3,38 \pm 1,38$ zile (95% CI

3,16 – 3,60). Complicații postoperatorii au fost înregistrate la 5 (4,54%) pacienți: neuropatie senzorială – 3 cazuri, infecția plăgii postoperatorii – 1 caz, și pneumonie postoperatorie – 1 caz. Durata medie a spitalizării postoperatorii în grupa de studiu a constituit $5,24 \pm 2,95$ zile (95% CI 4,77 – 5,70).

Cu excepția a 9 (8,18%) bolnavi, toți ceilalți au continuat să folosească terapia compresională postoperatorie. Durata purtării bandajului elastic după intervenție a variat de la o săptămână la 10 ani și mai mult. Permanent (până chiar în momentul examenului de control) foloseau produse de compresie 7 (6,36%) pacienți, în acelaș timp într-un caz bolnavul suferea de IVC severă cu clasa clinică C6. Printre pacienții, care utilizau terapie compresională doar pe parcursul primului an postoperator durata medie de folosire a bandajului elastic sau a ciorapului a constituit $102,2 \pm 92,8$ zile (95% CI 85,33 – 119,2). Trebuie de remarcat faptul, că o astfel de practică nu corespunde întru totul cu standardele moderne. În lucrările publicate în ultimii ani, s-a arătat, că utilizarea compresiei pe durata a 3-6 săptămâni postoperator nu aduce beneficii evidente (în ceea ce privește sindromul algic, edemul, numărul complicațiilor și durata perioadei de reabilitare) în comparație cu compresia pe durata doar a primelor 3-10 zile [7, 65, 67].

Tratament medicamentos al IVC în intervalul intervenție – control clinic au primit 29 (26,36%) bolnavi. Practic cu aceeași frecvență s-a folosit administrarea periodică a rutozidelor (Troxeutin) – 12 bolnavi și preparatelor din grupa diosminei (Flebodia©, Detralex©, Normoven©) – 17 pacienți. Numai 2 bolnavi s-au adresat în perioada postoperatorie pentru efectuarea procedurii de scleroterapie a venelor varicoase. Cauza probabilă o prezintă disponibilitatea limitată a acestei metode de tratament miniminvasive în Republica Moldova (numărul specialiștilor și accesul la preparate fiind limitate, iar cheltuielile pentru tratament nefiind acoperite de polița de asigurare).

În așa mod, analiza retrospectivă a arătat, că intervenția chirurgicală primară în marea majoritate a cazurilor a fost efectuată în mod programat pe venele varicoase necomplete a membrelor inferioare. Printre pacienții, investigați preoperator prin duplex scanare dereglarea hemodinamică preoperatorie de bază a fost refluxul dinspre vena comună femurală prin JSF incompetentă. Într-o mare parte intervenția chirurgicală standard a constat în efectuarea crosectomiei, stripping-ului venei safena magna și flebectomiei. În acelaș timp neefectuarea duplex scanării preoperator, interpretarea eronată sau ignorarea rezultatelor acesteia au adus la un șir de greșeli tactice și tehnice, precum înlăturarea VSM competente, crosectomie incompletă, utilizarea stripping-ului lung în cazul refluxului segmentar prin VSM, neînlăturarea refluxului prin joncțiunea safeno-poplitee.

3.2. Rezultatele clinice ale tratamentului chirurgical

Acuze la simptome subiective (de etiologie probabil venoasă) din partea extremității operate, descrise de pacienți ca dureri, greutate, arsuri, compresie și altele la momentul examenului de control au fost menționate de aproximativ jumătate – 51 (46,36%) pacienți (87 extremități inferioare). În același timp, pentru 74 (85,05%) extremități pacienții descriau severitatea simptomelor subiective în conformitate cu scorul VCSS ca „ușoară“, și la 13 – ca „moderată“. La examinarea membrului operat s-a depistat prezența venelor varicoase în 46 (29,29%) cazuri. Absența imaginilor fotografice ale membrelor, sau a schemei detaliate a amplasării venelor varicoase preoperator, nu ne-a permis diferențierea venelor varicoase persistente de cele nou formate în zona intervenției, și cele nou dezvoltate în zona anterior intactă. Astfel, putem conchide că, conform definiției recunoscute la momentul actual, recidiva postoperatorie a maladiei varicoase în acest studiu a constituit ceva mai puțin de 30%, la o medie de urmărire de 7 ani. Deși indicele obținut aparent este destul de mare, datele prezentate de alți cercetători în studii prospective de lungă durată pentru pacienții operați, sunt și mai pesimiste. Astfel în lucrarea lui A. van Rij și coaut. (2003), ponderea extremităților cu recidivă clinică a maladiei varicoase postoperator a constituit 51,7% la sfârșitul anului 3 de observații [122]. Într-unul dintre cele mai recente studii randomizate unde s-a folosit stripping-ul și ablația endovenoasă cu laser, frecvența recidivei clinice a venelor varicoase după 5 ani postoperator a fost de 49,46% [138]. Diferența între rezultatele obținute poate fi teoretic explicată prin faptul, că în studiul prezent rezultatele pe termen lung au putut fi urmărite doar la 30% dintre pacienții operați, indicele semnificativ mai mic decât în studiile clinice prospective randomizate. Nu putem exclude faptul că unii dintre pacienții cu recidivă nu au fost disponibili pentru invitații la examenul de control sau au refuzat să participe la studiu. În general, putem concluziona că frecvența recidivei postoperatorii definite clinic a maladiei varicoase, depistată în lucrarea noastră, corespunde intervalului suficient de larg, raportat în literatura de specialitate: de la 7% până la 65% [42, 70, 145].

La examenul de control, venele varicoase au fost depistate mai des la nivelul gambei decât la nivelul coapsei: 42 (91,3%) versus 35 (76,08%) cazuri, respectiv ($p > 0,05$). Afectarea varicoasă concomitentă în regiunea coapsei și a gambei a fost observată pe 31 (67,39%) extremități operate. În evaluarea extinderii „complexului varicos“ conform scalei VCSS au fost obținute următoarele rezultate: grad ușor – 14 (30,43%) din 46 membre cu recidivă, grad mediu – 21 (45,65%) membre, și grad sever – 11 (23,91%) membre. Este remarcabil faptul, că intensitatea simptomelor subiective ale IVC nu numai că nu a crescut odată cu amplificarea gradului de dilatare a venelor varicoase, dar din contra a diminuat ușor și a constituit în medie

1,21±0,8 (95% CI 0,75 – 1,67) puncte conform VCSS în cazul extinderii ușoare a „complexului varicos“, 1,09±0,43 (95% CI 0,89 – 1,29) puncte – în severitatea medie și 0,81±0,75 (95% CI 0,31 – 1,32) puncte – în cea gravă. Totuși, în cazul comparării intensității acuzelor la pacienții cu vene varicoase recurente față de cei fără varice, numărul mediu de puncte în acord cu VCSS a constituit 1,06±0,64 (95% CI 0,87 – 1,25) versus 0,45±0,53 (95% CI 0,35 – 0,56), respectiv ($p < 0,0001$, testul t). Astfel, putem concluziona că deși la pacienții cu recurența venelor varicoase determinată clinic se atestă o simptomă mai exprimată a IVC, față de pacienții fără recidivă, extinderea „complexului varicos“ nu are nici o corelație semnificativă cu intensitatea acuzelor prezentate de către pacient (Spearman $\rho = -0,22$; 95% CI - 0,48 - 0,08). Trebuie recunoscută ca fiind greșită abordarea unor medici practicieni, ce folosesc evaluarea vizuală a gradului de răspândire și a dimensiunilor varicelor pentru aprecierea severității clinice a maladii varicoase. Prin urmare, acest criteriu nu poate fi utilizat izolat pentru stabilirea indicațiilor pentru intervenția chirurgicală repetată.

Un interes practic prezintă analiza factorilor asociați cu prezența recidivei clinice a maladii varicoase după intervenție chirurgicală. Noi am efectuat compararea unor factori demografici, clinici și corelați cu tratamentul în grupele pacienților cu prezența ori absența venelor varicoase la momentul examenului de control (Tabelul 3.2).

După cum se poate observa din datele prezentate în tabel, genul pacientului și vârsta acestuia la momentul intervenției chirurgicale nu au influențat asupra dezvoltării recidivei postoperatorii a maladii varicoase. Viceversa, valorile IMC la momentul efectuării intervenției s-au dovedit a fi veridic mai mari în rândul pacienților cu recidivă a maladii. Este remarcabil faptul, că creșterea mediei IMC în intervalul de timp „operație – examen de control“, la fel s-a dovedit a fi puțin mai mare la pacienții cu recidivă, cu toate acestea, diferența nu a atins nivelul semnificației statistice: $2,17 \pm 2,5 \text{ kg/m}^2$ versus $1,75 \pm 3,17 \text{ kg/m}^2$ ($p > 0,05$). Astfel, putem conchide că intervențiile efectuate la pacienții cu greutate corporală mai mare, duc mai des la dezvoltarea venelor varicoase recurente. Semnificația practică a acestei concluzii nu este mare, deoarece practic este ireal de a efectua corecția masei corporale înainte de intervenția chirurgicală programată și mai ales în cazul intervenției urgente pentru maladia varicoasă. Deși creșterea în greutate după intervenția chirurgicală nu a arătat nici o influență semnificativă asupra frecvenței recidivei, putem presupune că acest lucru se datorează doar unui număr relativ mic de observații în acest studiu. Tendința depistată atestă o creștere indubitabilă a riscului de recurență a venelor varicoase în concordanță cu creșterea în greutate, și mărirea IMC. Prin urmare, pacienții trebuie avertizați cu privire la probabilitatea mai mare a recidivei maladii în cazul creșterii greutății corporale și informați cu privire la necesitatea de a controla excesul masei corporale.

Tabelul 3.2. Factorii, care se asociază cu recidiva / persistența venelor varicoase ale membrelor inferioare după intervenția chirurgicală.

Indice	Vene varicoase la examenul de control		Valoare P
	Lipsește (n = 111)	Prezente (n = 46)	
Gen feminin	55/84 (65,47%)	20/26 (76,92%)	ns (Fisher)
Vârsta la momentul operației (ani)	48,68±12,1	48,57±10,65	ns (<i>t</i> -test)
IMC (kg/m ²) la momentul operației	26,36±3,63	28,83±4,36	= 0,0004 (<i>t</i> -test)
Clasa inițială C >3	10 (9%)	10 (21,73%)	= 0,03 (Fisher)
Duplex scanarea până la intervenție	32 (28,82%)	5 (10,86%)	= 0,02 (Fisher)
Compresia după operație (zile)	60 (30-180)	90 (52,5-197,5)	ns (Mann-Whitney)
Folosirea flebotonicelor după operație	15/84 (17,85%)	5/26 (19,23%)	ns (Fisher)

De asemenea, un factor important în dezvoltarea recidivei clinice a maladiei varicoase după operație s-a dovedit a fi IVC severă. Putem presupune, că în condițiile schimbărilor trofice ale țesuturilor moi, chirurgul a limitat conștient volumul intervenției chirurgicale, în particular flebectomia tributarelor varicoase pe gambă, pentru a evita potențialele complicații septice ale plăgii. Prin urmare, efectuarea intervenției chirurgicale înainte de dezvoltarea IVC severe posedă un avantaj incontestabil și permite de a obține rezultate favorabile la distanță în cazul tratamentului maladiei varicoase a membrelor inferioare.

Destul de interesante s-au dovedit a fi rezultatele comparației factorilor de risc, asociați cu managementul pre- și postoperatoriu al pacienților. Doppler-duplex scanarea preoperatorie s-a efectuat mai des la pacienții, la care ulterior nu s-a depistat recidiva clinică a maladiei în comparație cu cei cu recurență (28,82% versus 10,86%, respectiv, $p < 0,05$). Datele obținute de noi au confirmat clar încă o dată, că duplex scanarea preoperatorie permite evaluarea obiectivă a particularităților anatomice și hemodinamice ale patologiei venoase a membrelor inferioare,

concretizarea volumului optimal al intervenției chirurgicale și respectiv, obținerea unui număr mai mare de rezultate favorabile în tratamentul chirurgical al maladii varicoase.

Dimpotrivă, în pofida părerii răspândite, nici compresia elastică postoperatorie de lungă durată, nici administrarea regulată a preparatelor flebotonice nu sunt capabile să micșoreze frecvența dezvoltării recidivei maladii varicoase a membrelor inferioare.

Conform clasificării CEAP la momentul examenului de control extremitățile operate au fost repartizate în modul următor: clasa clinică C0 – 86 (54,77%), clasa C1 – 18 (11,46%), clasa C2 – 4 (2,54%), clasa C3 – 34 (21,65%), clasa C4 – 9 (5,73%), clasa C5 – 4 (2,54%) și C6 – 2 (1,27%) observări. Astfel, manifestările clinice obiective ale maladii varicoase și a IVC lipseau în mai mult de jumătate de cazuri – 104 (66,24%) membre inferioare. Printre cazurile prezenței simptomelor de patologie venoasă cronică se face remarcată predominarea clasei clinice C3. Cu alte cuvinte, doar în 4 cazuri la momentul controlului s-au vizualizat vene varicoase, necomplicate cu edem al membrului ori semne de insuficiență venoasă severă. La studierea gradului de exprimare a edemului conform scalei VCSS s-a stabilit, că edem ușor s-a atestat în 45 (28,66%) cazuri, moderat – în 13 (8,28%) și pronunțat – într-un (0,63%) caz. După cum se poate observa, edemul extremității s-a atestat nu numai la pacienții cu clasa C3, dar și în clase clinice CEAP mai avansate. Suma totală a punctelor conform scorului VCSS s-a deosebit pentru membrele cu clasă clinică diferită în acord cu CEAP și a constituit: $1,02 \pm 0,94$ puncte – în clasa C0; $1,05 \pm 0,93$ puncte – în clasa C1; $4,5 \pm 1,29$ puncte – în clasa C2; $4,73 \pm 0,82$ puncte – în clasa C3; $3,66 \pm 3,27$ puncte – în clasa C4; $3,0 \pm 5,35$ puncte – în clasă C5, și $15,5 \pm 4,95$ puncte – în clasa C6. Comparând rezultatele obținute prin utilizarea testului Kruskal-Wallis și post-testul Dunns diferență statistică semnificativă a fost stabilită numai în următoarele cazuri: clasă clinică C0 contra claselor C2, C3, C6 și, de asemenea, clasă clinică C1 contra clasei C3. Astfel, prezența patologiei venoase cronice este însoțită de agravarea importantă a simptomaticii clinice subiective și obiective. Lipsa diferenței statistic semnificative ce ține de suma punctelor VCSS între unele clase clinice poate fi condiționată de un număr mic de observații atribuite către acestea. În general, scorul mediu VCSS în cazul lipsei recidivei patologiei venoase (clasă C0-C1) a constituit $1,03 \pm 0,93$; în maladia varicoasă necomplicată (clasele C2-C3) – $4,71 \pm 0,86$ și în IVC severă (clase C4-C6) – $5,06 \pm 5,66$ ($p < 0,0001$, comparativ cu clasele C0-C1).

În planul aprecierii rezultatului clinic postoperator la distanță, o semnificație de bază posedă determinarea dinamicii maxime a clasei C în timpul perioadei de observație. În grupul de pacienți studiați reducerea clasei clinice inițiale (preoperator) a fost diagnosticată la nivelul a 117 (74,52%) extremități, persistența clasei clinice – pe 30 (19,1%) și avansarea clasei inițiale – pe 10 (6,36%) membre. În 25 (83,33%) din 30 de cazuri s-a remarcat persistența clasei clinice C3.

Acest fapt se poate datora nu numai predominării acestei clasei printre toți pacienții cu recurență postoperatorie a patologiei venoase, dar de asemenea și unor dificultăți în diagnosticul diferențial al edemului de origine venoasă. Deși în toate cazurile de stabilire a clasei C3 de către medicul implicat în cercetare se presupunea corelația edemului cu dereglarea drenării sângelui venos, este imposibil de a exclude complet influența altor factori: patologie concomitentă a organelor interne, dereglări ale echilibrului hidro-salin, administrarea unor medicamente etc. Din 10 observații cu ascensionarea inițială a clasei clinice, în jumătate din cazuri s-a atestat progresarea maladiei varicoase de la clasa C2 la C3, în 3 (30%) cazuri la pacienții cu clasa inițială C3 s-au dezvoltat schimbări trofice ale pielii gambei (clasă C4), iar la 2 (20%) dintre pacienți cu insuficiență venoasă severă până la operație s-au dezvoltat ulcere venoase active. În ambele cazuri ulcerele venoase pe gambă erau solitare, cu diametru mai mic de 2 cm și durata acestora mai mică de 3 luni. Este interesant faptul, că printre 5 extremități din start operate pentru maladie varicoasă cu clasă clinică C6, nici într-un caz la momentul examenului de control nu a fost diagnosticat ulcer venos activ, ceea ce indică asupra eficacității înalte a intervenției chirurgicale la astfel de pacienți. Mai sus a fost reflectat rezultatul analizei factorilor ce au legătură cu prezența recidivei clinice a maladiei varicoase după intervenție chirurgicală. Un anumit interes științifico-practic prezintă studierea influenței aceluiași factori asupra dinamicii postoperatorii a clasei clinice C. În cazul dat comparația s-a efectuat între grupa de observație cu micșorarea clasei C față de cea inițială și grupa cu persistența sau ascensionarea clasei clinice inițiale (Tabelul 3.3.).

Din datele prezentate se poate conchide, că asupra dinamicii pozitive a clasei clinice postoperatorii a venelor superficiale acționează aceiași factori ce posedă impact și asupra recidivei maladiei varicoase. Excepție prezintă clasa clinic inițială mai mare ca C3. Cu alte cuvinte, prezența preoperatorie a simptomelor IVC severe nu micșorează șansele pacientului la obținerea ameliorării clinice după intervenția chirurgicală. Rolul obezității în progresarea IVC a fost remarcat și în alte studii [31]. La fel ca și în cazul cu recurența clinică a venelor varicoase, în grupul bolnavilor cu micșorarea clasei clinice C în perioada postoperatorie îndelungată, duplex scanarea preoperatorie s-a efectuat aproape de 3 ori mai frecvent, decât la pacienții cu indicele respectiv neschimbat sau în creștere ($p < 0,05$). Surprinzătoare este lipsa acțiunii terapiei compresive și administrării flebotonicelor asupra dinamicii clasei C conform clasificării CEAP, deoarece acestea reprezintă abordare standardizată în tratamentul IVC. Cauza, posibil, trebuie căutată în incapacitatea clasificării CEAP de a fi utilizată pentru monitorizarea continuă a pacienților și evaluarea dinamicii postoperatorii. În esența sa această clasificare este destul de statică, deoarece ca exemplu clasa clinic C4 destul de rar se micșorează chiar și după o

intervenție chirurgicală reușită, iar la pacienții cu ulcer venos cicatrizat obținerea micșorării clasei clinice este imposibilă chiar și teoretic. Aparent, pentru studii prospective, mai indicată este utilizarea variantei complete a clasificării CEAP, în care se reflectă nu doar clasa clinică maximală, ci toate clasele diagnosticate la momentul evaluării pe extremitatea afectată.

Tabelul 3.3. Factorii asociați cu lipsa dinamicii pozitive a clasei clinice CEAP după intervenția chirurgicală.

Indice	Micșorarea clasei C după operație		Valoarea P
	Da (n = 117)	Nu (n = 40)	
Sex feminin	57/86 (66,27%)	18/24 (76,92%)	ns (Fisher)
Vârsta la momentul operației (ani)	49,12±12,05	47,25±10,46	ns (<i>t</i> -test)
IMC la momentul operației (kg/m ²)	26,46±3,62	28,89±4,53	= 0,0008 (<i>t</i> -test)
Clasa inițială C > 3	14 (11,96%)	6 (15%)	ns (Fisher)
Scanarea duplex preoperatorie	33 (28,2%)	4 (10%)	= 0,01 (Fisher)
Compresia după operație (zile)	60 (30-180)	105 (37,5-232,5)	ns (Mann-Whitney)
Primirea flebotonicelor după operație	15/86 (17,44%)	5/24 (20,83%)	ns (Fisher)

În așa mod, recidiva clinică a maladiei varicoase a extremităților inferioare, a fost depistată aproape la o treime din pacienții investigați în mediu peste 7 ani postoperator. În același timp, amploarea „complexului varicos” conform scorului VCSS la pacienții cu recidivă clinică a venelor varicoase nu corespunde cu severitatea simptomatiei subiective a IVC. Factorii care se asociază cu recidiva postoperatorie clinică a maladiei varicoase au fost următorii: IMC înalt, IVC severă și lipsa examenului prin duplex scanare înaintea intervenției chirurgicale.

3.3. Rezultatele duplex scanării sistemului venos al membrelor inferioare în perioada postoperatorie la distanță

Deși în majoritatea cazurilor diagnosticul recidivei maladiei varicoase poate fi stabilit în urma examinării clinice a pacientului, utilizarea duplex scanării ne permite să depistăm dereglări specifice ale hemodinamicii venoase, responsabile de dezvoltarea recurenței. În acest studiu, duplex scanarea s-a efectuat atât la nivelul extremităților cu vene varicoase vizibile, cât și a celor fără semne clinice de patologie venoasă cronică. Prezența refluxului venos patologic din sistemul venos profund în cel superficial al extremităților operate a fost depistat în 90 (57,32%) cazuri. În așa mod, dereglările fluxului venos s-au diagnosticat cu ajutorul scanării ultrasonore aproximativ de două ori mai des decât simptomele clinice ale recidivei maladiei varicoase.

Studiind structura dereglărilor hemodinamice s-a constatat, că sursele refluxului patologic din sistemul venos profund spre cel superficial au fost: (1) joncțiunea safeno-femurală incompetentă sau tributarele acesteia; (2) venele perforante incompetente ale coapsei; (3) joncțiunea safeno-poplitee incompetentă; (4) venele incompetente ale bazinului mic, regiunii inghinale și regiunii perineale; (5) vena incompetentă a fosei poplitee și (6) venele mediale perforante incompetente din regiunea treimii superioare a gambei. Frecvența diagnosticării diferitor surse ale refluxului venos pe extremitățile operate este prezentată în Figura 3.2. Suma procentelor, indicate pe grafic depășește 100%, deoarece în 6 (6,66%) cazuri au fost diagnosticate 2 surse de reflux pe o extremitate. După cum se poate observa din figura mai mult de 80% de cazuri cu flux venos retrograd după intervenția pentru maladia varicoasă sunt diagnosticate în regiunea joncțiunii safeno-femorale și prin venele perforante incompetente ale coapsei.

Într-un număr semnificativ de cazuri, la efectuarea probei de compresie manuală, în timpul duplex scanării s-a vizualizat flux sangvin prin venele perforante ale gambei îndreptat dinspre interior spre exterior. La momentul actual nu există o abordare unică a definirii rolului refluxului sistolic în perforantele gambei. Mai mulți cercetători consideră, că fluxul de sânge bidirecțional în aceste vene este fiziologic, nu duce la dezvoltarea hipertensiunii venoase și se atestă la majoritatea persoanelor sănătoase [123]. De regulă, astfel de perforante dilatate sunt situate în treimea medie și inferioară a gambei și comunică cu venele incompetente subcutanate, fiind în acest fel „puncte” de întoarcere a debitului venos retrograd în sistemul venos profund – așa numitele perforante de tip „re-entry”. Mai mult ca atât, proba compresiei masivului muscular al gambei folosită de către medicii imagiști, este nefiziologică și poate duce la un diagnostic fals-positiv al venelor perforante incompetente [2]. Reieșind din cele menționate mai sus, perforantele cu flux bidirecțional depistate în partea distală a gambei în timpul examenului de

control nu au fost considerate ca sursă de reflux patologic și nu au servit drept o cauză posibilă a recidivei maladiei varicoase postoperatorii.

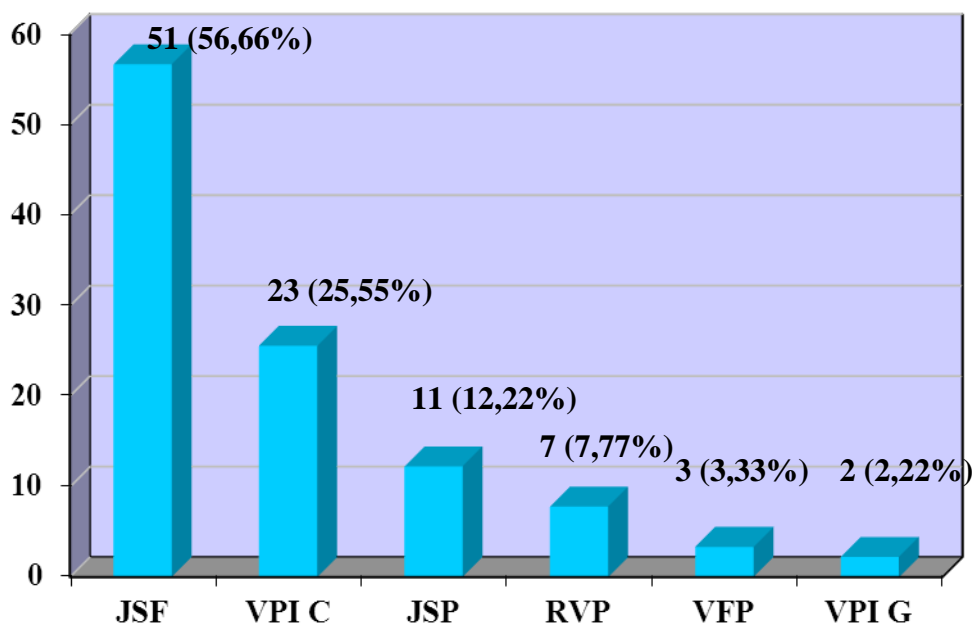


Fig. 3.2. Structura surselor refluxului venos patologic, diagnosticate postoperator prin intermediul duplex scanării (n = 90)

JSF – joncțiunea safeno-femurală, VPI C – venele perforante incompetente ale coapsei, JSP – joncțiunea safeno-popliteală, RVP – reflux venos pelvin, VFP – vena fosei poplitee, VPI G – venele perforante incompetente ale gambei.

Ar trebui de analizat aparte rolul refluxului diagnosticat postoperator prin venele profunde ale extremităților inferioare. Unii cercetători consideră refluxul profund, în special din regiunea proximală a venei femurale comune, ca pe unul din mecanismele patogenetice de bază ale recidivei maladiei varicoase. Ca urmare se propune de a efectua în timpul intervenției primare corecția endoluminală sau extravazală a valvelor incompetente [125]. În studiul de față frecvența diagnosticării incompetenței venelor profunde s-a dovedit a fi foarte mică. Reflux în vena femurală a fost depistat în 2 (1,27%) cazuri, reflux în vena poplitee – în 8 (5,09%) cazuri și incompetența venelor tibiale – în 6 (3,82%) observații. În ambele cazuri de reflux patologic în vena femurală comună, fluxul sangvin retrograd se propaga în sistemul venos superficial: într-un caz – prin joncțiunea safeno-femurală nedeconectată și incompetentă, în al doilea caz – prin vena perforantă incompetentă a coapsei. Este important de subliniat faptul, că exact în jumătate din observațiile de reflux în venele poplitee sau tibiale, în timpul scanării la fel au fost vizualizate și modificări ale venelor caracteristice pentru tromboza suportată în antecedente: îngroșarea pereților, micșorarea diametrului venelor, prezența incluziunilor hiperecogene intraluminală. Se

poate de presupus, că cauza acestor schimbări este suportarea în timpul intervenției chirurgicale sau în perioada postoperatorie precoce a trombozei distale a venelor profunde, frecvența căreia a constituit în grupa generală 4,45%. Conform datelor altor autori, care utilizau duplex scanarea sistematic în perioada postoperatorie precoce, tromboza distală a venelor profunde după crosectomie și stripping se dezvoltă aproximativ în 5-6% cazuri [120, 137].

După cum s-a arătat mai sus, joncțiunea safeno-femurală incompetentă sau tributarele acesteia au servit ca cea mai frecventă sursă a refluxului venos persistent postoperator sau nou format [88]. Importanță practică prezintă luarea în considerare a posibilelor cauze ale crosectomiei neefective realizate în timpul intervenției primare. La examinarea ultrasonoră a extremităților operate în marea majoritate a cazurilor – 102 (64,96%) în regiunea inghinală a fost vizualizat bontul VSM de diferite lungimi: de la 3 până la 30 mm (valoarea mediană – 8 mm). Totuși, incompetența aparatului valvular al bontului rămas după operație a fost depistată doar în 31 (30,39%) observații. În așa fel, în două treimi din cazuri bontul excesiv al VSM nu a fost sursa refluxului patologic și, deci, nu avea semnificație clinică. În acelaș timp valoarea mediană a lungimii bontului incompetent al VSM s-a dovedit a fi semnificativ mai mare, decât lungimea bontului fără reflux: 10,0 mm (7,5-12,0 mm) versus 7,2 mm (5,0-9,0 mm) ($P = 0,001$, test Mann-Whitney). În acelaș timp, în 10 (14,08%) din 71 observații ale bontului competent al VSM lungimea acestuia era mai mare de un centimetru. Numărul tributarelor incompetente ale bontului VSM varia de la 1 la 4 (valoarea mediană – 1 tributară), iar diametrul mediu al acestora a constiuit $5,2 \pm 1,81$ mm. Putem conchide, că pentru persistența postoperatorie a refluxului în bontul restant al VSM este necesară asocierea a mai multor factori: prezența inițială a valvei terminale incompetente a joncțiunii safeno-femorale, lungimea bontului mai mare de un centimetru și prezența tributarelor incompetente ale crosei VSM. În așa fel, la pacienții la care preoperator valva terminală este competentă, păstrarea bontului VSM nu este considerată o greșală tehnică și chiar, în opinia mai multor cercetători, poate împiedica dezvoltarea fenomenului de neovascularizare inghinală [115, 132]. Dimpotrivă, în cazul valvei terminale incompetente și reflux, inițiat din vena femurală comună, păstrarea bontului VSM și a tributarelor acesteia măresc semnificativ riscul recidivei maladiei varicoase [88].

În opinia unor autori, cea mai mare importanță clinică în dezvoltarea recidivei maladiei varicoase în regiunea joncțiunii safeno-femorale dintre toate tributarele crosei o posedă vena safena accesoria anterioară [127]. Această tributară se revarsă în VSM în imediata apropiere a venei femurale comune, are o lungime substanțială, și în prezența refluxului, se dilată, ajungând la un diametru destul de mare. Printre pacienții examinați de către noi cu reflux postoperator în

regiunea bontului VSM aproape în jumătate din cazuri – 14 (45,16%) extremități, a fost diagnosticat reflux în vena safena accesoria anterioara (Figura 3.3.).

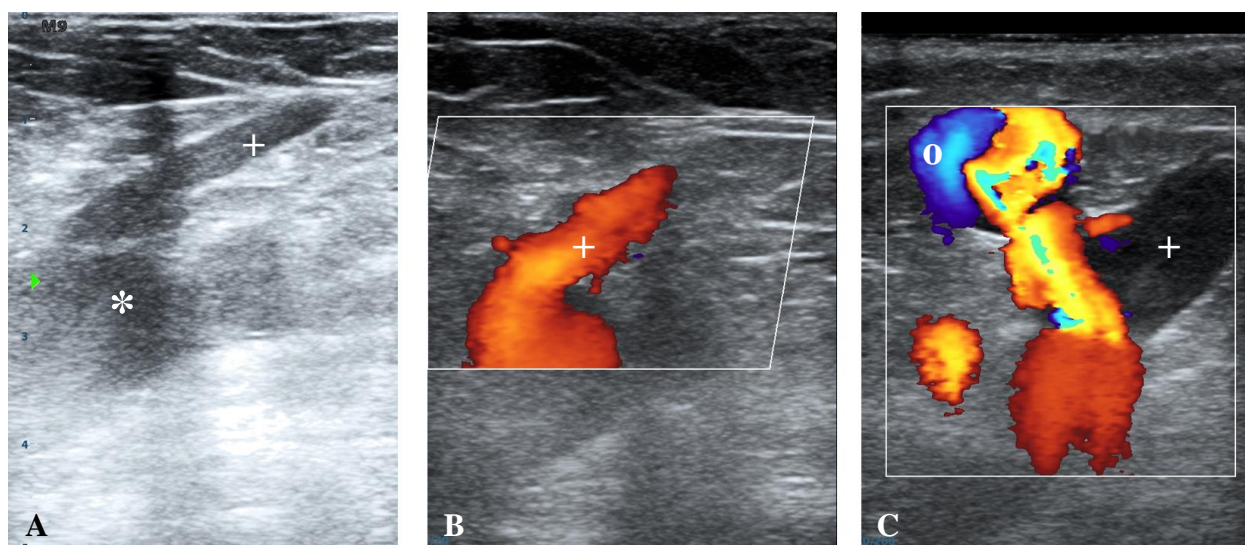


Fig. 3.3. Bont excesiv al VSM după crosectomie cu valvă terminală incompetentă și reflux prin vena safena accesoria anterioara

- A. Vena femurală comună (*) confluează cu bontul restant al VSM (+), având lungimea 7 mm;
- B. În regimul codificării colore în bontul restant al VSM (+) se vizualizează flux sangvin;
- C. Reflux în vena safena accesoria anterioara (o). Bontul restant al VSM (+).

Trebuie de remarcat faptul, că la nivelul altor trei extremități la duplex scanare s-a vizualizat reflux din vena femurală comună direct înspre vena safena accesoria anterioară, revărsându-se în ultima printr-o joncțiune separată (în acelaș timp bontul VSM nu se aprecia). O astfel de versiune anatomică a crosei VSM este destul de rară și conform datelor literaturii de specialitate se întâlnește în aproximativ 2,5% observații [98]. Joncțiunea înaltă și separată a venei safena accesoria anterioară cu vena femurală comună creează premise pentru păstrarea primei în timpul efectuării crosectomiei, și respectiv, crește riscul recidivei postoperatorii a maladei varicoase. Rezumând, în studiul prezent refluxul venos patologic prin vena safena accesoria anterioara a fost diagnosticat la scanarea de control în 17 (10,82%) cazuri. Diametrul mediu al venei safena accesoria anterioară incompetente, care se revărsa în bontul VSM, s-a dovedit a fi semnificativ mai mare, decât în cazul conexiunii sale directe cu vena femurală comună printr-o joncțiune separată, sau cu alte tributare incompetente ale crosei: $6,24 \pm 1,77$ mm, $5,0 \pm 2,82$ mm și $4,08 \pm 1,24$ mm, respectiv ($P = 0,001$ în comparație primului cu ultimul indicator).

Deși păstrarea bontului restant al VSM prea lung sau a tributarelor crosei în cazul incompetenței valvei terminale trebuie calificată ca un neajuns tehnic semnificativ în realizarea

intervenției chirurgicale, o greșeală mult mai brutală este păstrarea joncțiunii safeno-femorale intacte și a trunchiului VSM pe coapsă. În acest studiu, crosa anatomic nemodificată și regiunea proximală a VSM au fost vizualizate la duplex scanarea de control pe 8 extremități, ceea ce constituie 5,09% din numărul total de observații și 15,68% din cazurile recidivei refluxului în regiunea joncțiunii safeno-femorale (Figura 3.4.).

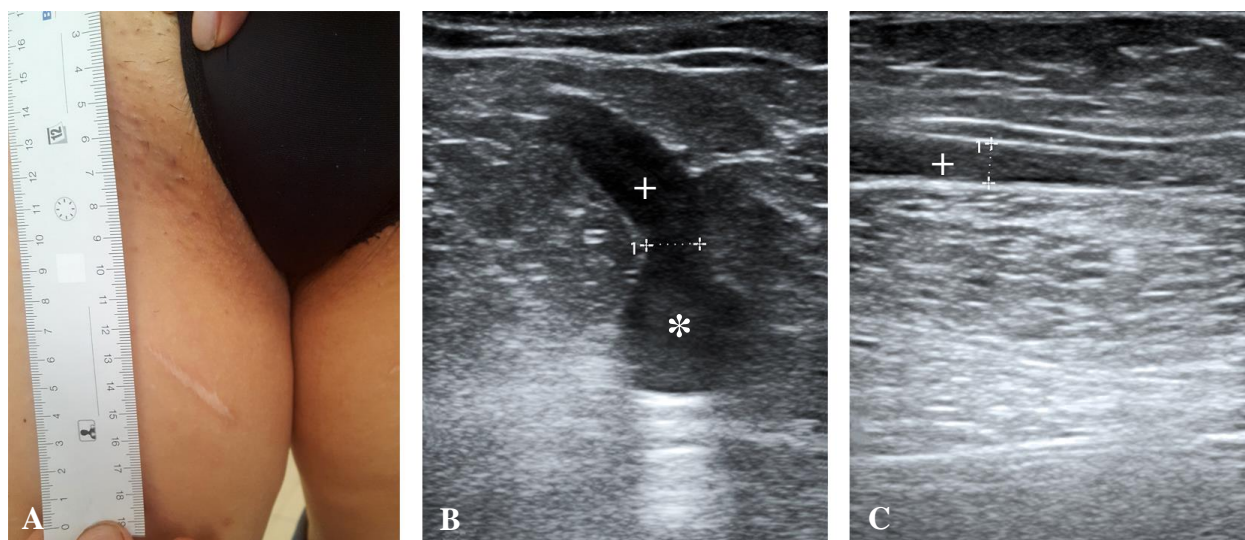


Fig. 3.4. Cicatrice postoperatorie după „crosectomie și stripping” în antecedente. Joncțiunea safeno-femurală și VSM absolut intacte la duplex scanarea de control la aceeași pacientă

- A. Cicatrice postoperatorie oblică în regiunea femurală dreaptă după „crosectomie” suportată, localizată cu 4 cm mai jos de plica inghinală;
 B. Joncțiunea safeno-femurală intactă: confluența regiunii terminale a VSM (+) cu vena femurală comună (*);
 C. Trunchiul păstrat al VSM (+) pe coapsă în proiecție longitudinală.

La toți acești pacienți în protocolul operației era indicat, că în timpul intervenției a fost efectuată crosectomia și stripping-ul VSM. Una dintre cauzele posibile ale comiterii unei asemenea greșeli tehnice severe a servit excesul masei corporale a pacienților, înregistrat la momentul intervenției în 7 (87,5%) din 8 cazuri. Indicele mediu al masei corporale la pacienții cu păstrarea crosii intacte și a VSM constituia $28,99 \pm 4,42 \text{ kg/m}^2$ în comparație cu $26,86 \pm 3,98 \text{ kg/m}^2$ la pacienții la care lipseau erorile tehnice severe în efectuarea operației ($P=0,07$). Tendința depistată atinge nivelul semnificației statistice prin adăugarea la prima grupă a cazurilor de păstrare a bontului excesiv al VSM. În aceste condiții indicele mediu al masei corporale la bolnavii cu prezența și absența erorilor tehnice a constituit $28,3 \pm 3,7 \text{ kg/m}^2$ versus $26,6 \pm 4,04 \text{ kg/m}^2$, respectiv ($P = 0,003$). Putem conchide, că surplusul masei corporale este unul dintre factorii de risc importanți ai realizării neadecvate a volumului planificat al intervenției

chirurgicale pentru maladia varicoasă. Luând în considerare acest fapt, intervențiile deschise la astfel de pacienți trebuie efectuate de către chirurghi cu experiență, dintr-un acces chirurgical lărgit, asigurând o vizualizare suficientă a structurilor anatomice necesare. În mod alternativ, la pacienții cu obezitate trebuie de tins spre utilizarea metodelor de ablație endovenoasă, efectuate prin monitorizare ultrasonografică intraoperatorie.

Specialiștilor din domeniul flebologiei le este bine cunoscut faptul, că chiar și efectuarea impecabilă a crosectomiei nu oferă garanție absolută de nedezvoltare postoperatorie a refluxului venos recidivant în regiunea inghinală [13, 138]. Monitorizarea de lungă durată a pacienților operați și introducerea pe larg în practica cotidiană a duplex scanării a demonstrat relevanța clinică a fenomenului de neovascularizare inghinală în dezvoltarea recidivei maladiei varicoase. În studiul prezent, tabloul ultrasonografic caracteristic pentru fenomenul de neovascularizare, a fost vizualizat la duplex scanarea de control pe 9 (5,73%) extremități [86], deci cu o frecvență practic identică cu cea a păstrării intacte a crosei VSM (Figura 3.5.).

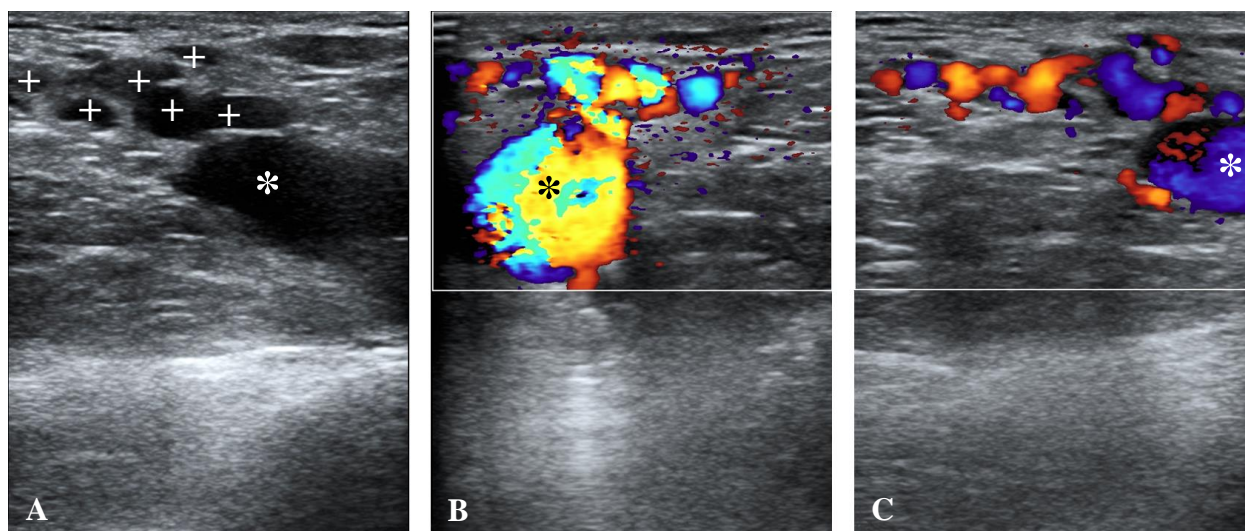


Fig. 3.5. Fenomenul de neovaculogeneză inghinală, diagnosticat în timpul examenului de control prin duplex scanare ultrasonografică

A. Neovascularizare: multiple vene tortuoase, de diametru diferit (+), în apropiere de vena femurală (*);

B. C. Neovascularizare: flux sangvin multidirecțional în venele nou formate, depistat în regimul codificării colore în imediata apropiere de vena femurală comună (*).

Datele altor cercetători indică o incidență semnificativ mai mare a diagnosticării postoperatorii a neovascularizare inghinale (aproximativ 20%) [133, 142]. Cauza unei astfel de discrepanțe poate servi numărul mare de observații ale crosectomiei incomplete cu păstrarea bontului VSM și a tributarelor notate la pacienții noștri. Este bine cunoscut, că fenomenul de

neovascularizare se dezvoltă, ca regulă, la bolnavii, la care în timpul intervenției primare a fost efectuată o crosectomie „impecabilă” sub aspect tehnic. În așa fel, chirurgul, care a efectuat operația pentru maladia varicoasă în bazinul VSM, se află între două focuri: abandonul unui bont excesiv asociat cu riscul păstrării refluxului prin tributarele acesteia și înlăturarea totală a joncțiunii safeno-femorale – cu riscul dezvoltării neovascularizării. Pentru soluționarea acestei probleme, mai mulți autori au propus modificarea tehnicii clasice a crosectomiei cu scopul micșorării frecvenței fenomenului de neovascularizare – păstrarea tributarelor ascendente, suturarea bontului VSM sau a marginilor fasciei în regiunea „ferestrei ovale”, implantarea peticelor din silicon sau din politetrafluoretilenă și alte metode [6, 50, 128]. Deși rolul acestor metode rămâne în continuare un subiect de cercetare științifică, trebuie de menționat, că în studiul de față frecvența diagnosticării fenomenului de neovasculoeneză printre bolnavii la care s-a practicat tehnica modificată a crosectomiei s-a dovedit a fi semnificativ mai mică – 1/67 (1,49%) cazuri în comparație cu 8/90 (8,88%) cazuri, remarcate la efectuarea variantei clasice a deconectării joncțiunii safeno-femorale ($P = 0,048$, testul χ^2).

În ultimii ani în literatură apar rapoarte, ce indică posibilitatea dezvoltării fenomenului de neovascularizare nu numai în regiunea inghinală, dar și în canalul restant după stripping-ul venei safena magna [94]. Noi am vizualizat multiple vase sangvine tortuoase în regiunea compartimentului safenian pe coapsă în 3 (1,91%) cazuri. Ca și sursă a refluxului venos în aceste vase în 2 cazuri servea bontul venei safena magna incompetentă cu lungimea mai mare de un centimetru, iar într-un caz – fenomenul de neovascularizare inghinală.

Deoarece un răspuns sigur la întrebarea referitoare la patogeneza fenomenului de neovascularizare după intervenția chirurgicală pentru maladia varicoasă la moment nu există, un interes deosebit prezintă compararea caracteristicilor demografice și clinice ale pacienților cu prezența și absența acestei cauze a recidivei refluxului venos. Datele analizei comparative sunt prezentate în Tabelul 3.4.

Din datele prezentate în tabel se observă, că unicul indicator statistic veridic, care diferă între grupele studiate este vârsta bolnavului la momentul intervenției chirurgicale. Vârsta medie a bolnavilor cu fenomenul de neovascularizare s-a dovedit a fi aproape de două ori mai mare decât în lipsa acestui fenomen. Noi nu dispunem de date necesare, care ar putea să explice diferența depistată. Putem doar presupune, că dezvoltarea neovascularizării la pacienții în vârstă de peste 50 ani este legată cu nivelul mai mare în sânge a factorilor de angiogeneză (angiopoietinele Ang-1, Ang-2, VEGF) care sunt produși ca un mecanism reparator, ca răspuns la hipoxia cronică sau ischemia țesuturilor, cauzată de bolile concomitente ale sistemului cardiovascular (cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, ateroscleroza,

obezitatea, insuficiența renală) [102, 129, 147, 148]. Totuși această presupunere, precum și semnificația sa clinică necesită a fi studiate în continuare.

Tabelul 3.4. Caracteristicile clinico-demografice ale pacienților cu prezența sau absența fenomenului de neovascularizare la nivelul extremității operate.

Indice	Fenomenul de neovascularizare		Valoare P
	Diagnosticat (n = 11)	Nediagnosticat (n = 146)	
Gen feminin	8 (72,72%)	102 (69,86%)	ns (Fisher)
Vârsta la momentul intervenției (ani)	51,55±11,71	29,46±10,27	< 0,0001 (<i>t</i> -test)
Intervalul de timp de la intervenție (luni)	82,0±15,2	82,0±21,7	ns (<i>t</i> -test)
Creșterea IMC (kg/m ²) după intervenție (mediana)	0,52 (0-2,8)	1,78 (0,1-3,39)	ns (Mann-Whitney)
Clasa clinică primară C >3	1 (9,09%)	19 (13,01%)	ns (Fisher)

A doua sursă, după frecvență, a refluxului venos patologic, diagnosticată prin duplex scanarea de control în cadrul acestui studiu, a fost prezența venelor perforante incompetente ale coapsei, depistate pe 23 (14,64%) extremități operate (Figura 3.6.).

Marea majoritate a perforantelor incompetente – 21 (91,3%) erau situate în regiunea medială a coapsei și doar în 2 cazuri – perforantele aparțineau grupei posterioare. Diametrul venelor perforante incompetente ale coapsei a variat de la 2 până la 10 mm și a constituit în mediu 4,96±2,27 (95% CI 3,96 – 5,97) mm. La un bolnav vena perforantă incompetentă, situată pe suprafața posterioară a treimii medii a coapsei a avut o dilatare anevrismală de 28 mm în diametru. Cel mai des, refluxul retrograd din venele perforante se drena în comunicantele subcutanate varicos dilatate de coapsă – 19 (82,6%) observații. În celelalte 4 cazuri refluxul din venele profunde se răspândește prin perforanta incompetentă a coapsei spre trunchiul VSM păstrat total sau parțial. Ținând cont de faptul, că duplex scanarea preoperator a fost efectuată doar la 6 din 23 extremități, noi nu putem afirma, că venele perforante incompetente ale coapsei s-au dezvoltat postoperator, și n-au fost omise în timpul intervenției primare. Însă în 6 protocoale existente ale scanării ultrasonografice preoperatorii, perforantele ale coapsei cu reflux nu se descriu. Se poate de presupus, că dilatarea perforantelor se dezvoltă în perioada postoperatorie ca

reacție a sistemului venos al membrelor inferioare la condițiile modificate ale circulației sângelui venos. Perforanta incompetentă a coapsei în cazul dezvoltării recidivei se comportă ca o joncțiune safeno-femurală nou formată, mai ales în cazul conexiunii directe cu trunchiul restant al VSM.

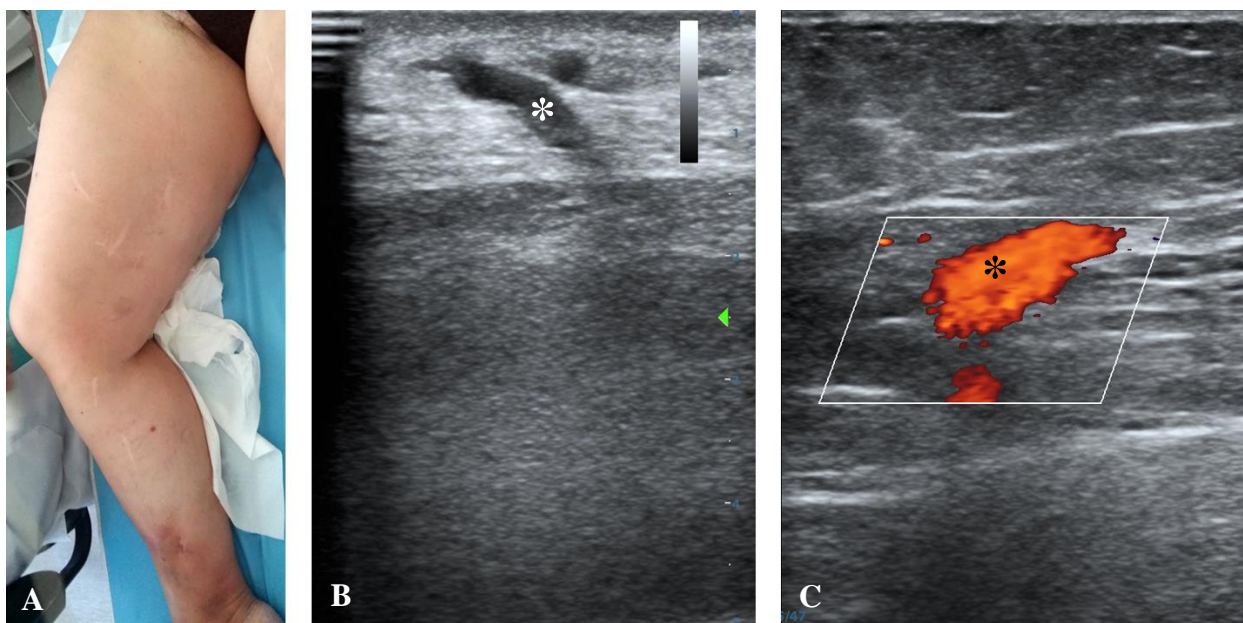


Fig. 3.6. Venă perforantă incompetentă a coapsei, ca sursă a recidivei refluxului venos patologic după operația pentru maladia varicoasă.

- A. Starea postoperatorie după operația pentru varice ale membrului inferior drept, suportată 82 luni anterior. Recidiva clinică a varicelor, clasa C4 conform CEAP;
- B. Venă perforantă a coapsei (*) de diametru 6,5 mm la nivelul fasciei, depistată la duplex scanare ca sursă a recurenței;
- C. Reflux patologic în vena perforantă a coapsei, depistat în regimul codificării culorilor (*).

La nivelul a 11 (7%) membre inferioare operate duplex scanarea de control a depistat incompetență în bazinul VSP. În 2 din 11 cazuri bolnavii au fost investigați preoperator cu ajutorul duplex scanării și doar la o extremitate a fost diagnosticat reflux în joncțiunea safeno-popliteală și VSP. În același timp, în protocoalele intervenției primare există mențiunea precum că s-a efectuat „deconectarea joncțiunii safeno-popliteale” și „resecția segmentului de VSP” la doi bolnavi. În acest mod, putem afirma, că cel puțin în 2 cazuri incompetența în VSP persista din momentul intervenției primare și era consecința unei greșeli tehnice în realizarea acesteia. În toate celelalte observații stabilirea cauzei exacte a existenței refluxului în VSP nu este posibilă. Trebuie de menționat, că pe alte 3 (1,91%) extremități a fost, la fel, depistat reflux de sânge venos din vena poplitee în sistemul venos superficial, însă joncțiunea safeno-popliteală era

competentă. Răspândirea refluxului se realiza printr-o venă perforantă mare descrisă în literatură ca „vena fosei poplitee” [36]. În grupa noastră de studiu diametrul „veneii fosei poplitee” a variat de la 4,4 până la 14 mm și în mediu a constituit $8,53 \pm 4,93$ mm. În așa fel calibrul veneii respective depășește cu mult diametrul mediu al perforantelor incompetente ale coapsei, accentuând importanța clinică a refluxului diagnosticat (Figura 3.7.).

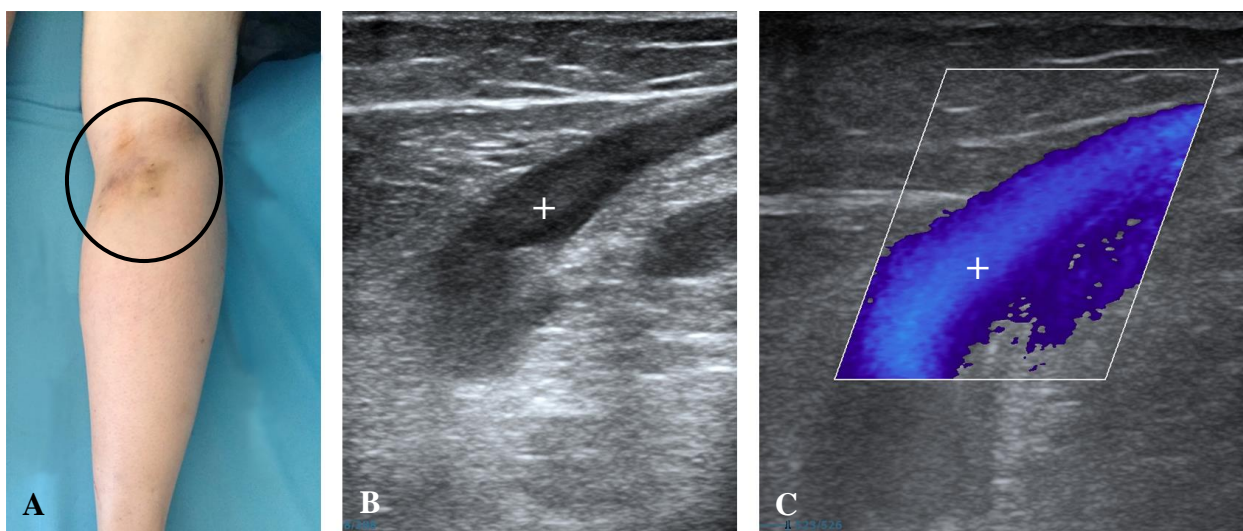


Fig. 3.7. Recidiva maladiei varicoase, cauzată de reflux în „vena fosei poplitee”.

- A. Examinare clinică peste 73 luni după operația primară, fără a fi indicată efectuarea intervenției chirurgicale pe jonctiunea safeno-popliteală. Recurența varicelor suprafeței posterioare a gambei (o);
- B. „Vena fosei poplitee” (+) determinată la duplex scanare, cu diametrul de 12 mm;
- C. Reflux patologic în „vena fosei poplitee” (+).

Exclusiv la pacientele de gen feminin, la controlul ultrasonor în unele cazuri – 7 (4,45%) observații, s-a reușit vizualizarea surselor refluxului patologic venos atribuite sistemului venos al organelor genitale externe sau perineului. Mai corect ar fi de considerat, că în regiunea acestor vene refluxul sangvin se extinde spre sistemul venos superficial al extremităților inferioare, iar sursa lui reală sunt venele iliace sau gonadale. Interesant este faptul, că la pacientele cu sindromul congestiei venoase pelvine, vârsta medie la momentul apariției venelor varicoase a fost semnificativ mai mică, decât în grupa generală: $21,14 \pm 3,89$ ani contra $29,74 \pm 10,13$ ani, respectiv ($P=0,01$). Această observație confirmă în mod indirect datele publicate de către alți autori despre rolul anomaliilor anatomice înnăscute ale sistemului venos (sindromul „nutcracker”, sindromul May-Thurner) în dezvoltarea refluxului pelvin la femeile tinere. De asemenea trebuie de remarcat faptul, că la 4 femei maladia varicoasă s-a dezvoltat până la prima sarcină, iar la 3 – după prima naștere. Deși există părerea despre rolul sarcinii și a nașterilor

repetate în dezvoltarea sindromului congestiei venoase pelvine, în studiul nostru numărul mediu de sarcini și nașteri la pacientele cu și fără reflux pelvian nu s-a deosebit semnificativ: 1 (1-3) contra 2 (1-4) sarcini și 1 (1-2) contra 2 (1-2) nașteri, respectiv ($p > 0,05$ în ambele cazuri, testul Mann-Whitney).

Cel mai rar – pe 2 (1,27%) extremități inferioare operate, duplex scanarea de control a depistat în calitate de sursă a recidivei refluxului venos patologic venele perforante incompetente, situate în treimea superioară a gambei. În ambele cazuri refluxul din perforante se răspândește spre segmentul incompetent al VSM pe gambă și, ajungând la zona perimaleolară, se drenează prin perforante de tip „*re-entry*”.

Încheind examinarea structurii refluxului patologic recurent, trebuie de menționat, că o sursă izolată a fluxului retrograd a fost diagnosticată la nivelul a 84 (53,5%) extremități. În celelalte cazuri se înregistrează combinarea a două surse de reflux, de exemplu: bont incompetent al VSM + perforantă incompetentă a coapsei (2 observații), bont incompetent al VSM + reflux în VSP (1 caz), perforantă incompetentă a coapsei + „vena fosei poplitee” incompetentă (1 caz), perforantă incompetentă a coapsei + reflux prin joncțiunea separată a vena *saphena* accesoria anterioară + reflux prin VSP (1 caz).

Un interes deosebit prezintă comparația manifestărilor clinice ale recidivei maladiei varicoase și a insuficienței venoase cronice în funcție de sursa refluxului venos patologic. Datele analizei sunt prezentate în Tabelul 3.5.

După cum se observă din datele prezentate în tabel, recidiva diagnosticată clinic a maladiei varicoase s-a atestat veridic mai frecvent în cazul refluxului venos pelvin la persoanele de gen feminin, la asocierea a 2 surse diferite de reflux, la fel și în cazul păstrării bontului excesiv al VSM cu valvă terminală incompetentă. Aproximativ în jumătatea din cazuri recidiva maladiei varicoase s-a depistat în prezența refluxului prin joncțiunea safeno-femurală intactă și a venei perforante incompetente a coapsei. Dimpotrivă, numărul recidivelor clinice, cauzate de fenomenul de neovascularizare inghinală și incompetența VSP sau a „veneii fosei popliteale” s-a dovedit a fi semnificativ mai mic. Analizând suma punctelor conform scorului VCSS, care este un instrument ce descrie integral manifestările subiective și obiective ale maladiei cronice venoase, noi nu am depistat nici o deosebire statistic semnificativă între grupele cu diverse surse de reflux, posibil – din cauza numărului limitat de observații în fiecare grupă. În același timp, trebuie de menționat, că suma medie a punctelor conform VCSS mai mare de 4 puncte s-a observat în cazul refluxului prin bontul VSM, în joncțiunea safeno-femurală intactă, sindromul congestiei venoase pelvine și asocierea a două surse de reflux.

Tabelul 3.5. Manifestările clinice ale patologiei venoase a membrelor inferioare cu diferite surse ale refluxului venos patologic recidivant.

Sursa refluxului	Numărul extremităților cu recidivă clinică (C2)	Rata extremităților cu clasa C > 3 [†]	Valoarea medie conform scorului VCSS [†]
Bont excesiv al VSM	18/28 (64,28%)*	4/28 (14,28%)	4,07±3,54
Joncțiune safeno-femurală intactă	4/8 (50%)	1/8 (12,5%)	4,25±3,45
Fenomen de neovascularizare	2/9 (22,22%)	1/9 (11,11%)	3,0±3,16
Perforantă incompetentă a coapsei	8/19 (42,10%)	1/19 (5,26%)	2,72±2,37
Incompetența în bazinul VSP	1/9 (11,11%)	1/9 (11,11%)	1,88±2,08
Reflux prin „vena fosei popliteale”	0/2 (0%)	0/2 (0%)	1,0
Reflux ileo-pelvin	7/7 (100%)*	0/7 (0%)	4,28±0,48
Asocierea a 2 surse	5/6 (83,33%)*	0/6 (0%)	4,66±1,63
* - p < 0,05 în comparație cu indicele corespunzător al incompetenței în bazinul VSP (testul Fisher);			
† - p > 0,05 între toți indicii (testele Fisher și Kruskal-Wallis)			

Din punct de vedere practic, este important nu doar însăși faptul dezvoltării maladiei varicoase postoperatorii, dar și timpul apariției acesteia după intervenția chirurgicală. Comparând intervalul mediu de la intervenție și până la dezvoltarea recidivei, noi am obținut următoarele date: în cazurile păstrării bontului incompetent al VSM – 1,69±1,15 ani; în păstrarea joncțiunii safeno-femorale intacte – 2,75±1,7 ani; în fenomenul de neovasculoeneză – 3,0 ani; în cazurile dezvoltării incompetenței venelor perforante ale gambei – 2,25±0,7 ani; în prezența incompetenței în bazinul VSP – 3,0 ani; în reflux ilio-pelvin – 2,71±1,97 ani; în cazul refluxului cu 2 surse – 2,4±0,89 ani (p > 0,05 între toți indicii, testul Kruskal-Wallis).

Generalizând toate datele expuse mai sus putem conchide, că practic toate variantele recidivei refluxului venos patologic pot duce la dezvoltarea recurenței clinice semnificative a maladiei varicoase. Totuși, în cazul erorilor tehnice în efectuarea crosectomiei VSM, în

sindromul congestiei venoase pelvine și în prezența multiplelor surse de reflux se observă o tendință către recurență mai timpurie și mai importantă a maladiei. Efectuând examenul de control clinic și ultrasonor al pacienților în perioada la distanță după intervenția chirurgicală pentru maladia varicoasă, este posibil să clasificăm toate observațiile clinice în trei grupe: (1) pacienții fără recidivă clinică a maladiei și fără reflux patologic la duplex scanare; (2) pacienții fără vene varicoase vizibile, dar cu reflux venos patologic diagnosticat imagistic; și (3) pacienții cu prezența venelor recidivante varicoase și reflux patologic. Compararea caracteristicilor clinico-demografice ale grupelor menționate, cât și studierea influenței recidivei maladiei varicoase asupra calității vieții bolnavilor operați va fi efectuată în capitolul următor.

3.4. Concluzii la capitolul 3

1. Majoritatea pacienților incluși în acest studiu au fost operați în mod programat (73,63%) pentru maladia varicoasă necomplicată a membrelor inferioare (87,26%) și fără semne de IVC severă (clasele C2-C3 conform clasificării CEAP).
2. În marea majoritate a cazurilor, intervenția chirurgicală la pacienții din grupa de cercetare a fost destul de standardizată și a inclus crosectomia (100%), stripping-ul venei safena magna (100%) și flebectomia (91,8%). Cu toate acestea, o analiză comparativă a volumului operator și a datelor preoperatorii disponibile a dezvăluit o serie de erori tactice și tehnice: înlăturarea VSM complet competente, crosectomia incompletă, efectuarea stripping-ului lung în cazul refluxului segmentar în VSM, neînlăturarea refluxului prin VSP, practicarea neargumentată și excesivă a deconectării perforanțelor gambiene.
3. Examenul obiectiv al pacienților, în mediu peste 7 ani după operație, a depistat prezența recidivei clinice a maladiei varicoase a membrelor inferioare în 29,29% observații, ce corespunde frecvenței recurenței raportate în literatura medicală mondială.
4. Au fost stabiliți factorii, corelați cu recidiva clinică a maladiei varicoase după intervenția chirurgicală deschisă: valorile crescute ale IMC la momentul efectuării operației, IVC severă inițială (clasă C4-C5) și, de asemenea, lipsa examinării preoperatorii prin duplex scanare. Din contra, compresia elastică postoperatorie de lungă durată și administrarea regulată a preparatelor flebotonice nu sunt capabile să micșoreze frecvența dezvoltării recidivei maladiei varicoase a membrelor inferioare.
5. Utilizând duplex scanarea, în perioada postoperatorie îndepărtată în 57,32% observații au fost identificate diferite variante ale refluxului venos patologic, ceea ce aproape de două

ori depășește sensibilitatea metodelor clinice de determinare a recidivei maladei varicoase, stabilite în studiu de față.

6. Studiarea imagistică a dereglărilor hemodinamice în perioada postoperatorie a permis să stabilim sursele de bază ale refluxului patologic din sistemul venos profund spre cel superficial: incompetența JSF și a tributarelor acesteia; venele incompetente ale coapsei; JSP incompetentă; venele incompetente ale bazinului mic, regiunii inghinale și perineale; incompetența venei fosei popliteale; perforantele mediale incompetente din treimea superioară a gambei.
7. Datorită utilizării pe larg, în peste 40% observații, în acest studiu a tehnicilor „de barieră” în timpul realizării crosectomiei (inversia endoteliului bontului VSM, rezecția bontului VSM și suturarea fasciei cribroase), frecvența diagnosticării fenomenului de neovascularizare inghino-femurală s-a dovedit a fi semnificativ mai mică, decât nivelul raportat în literatura de specialitate.
8. La dezvoltarea recidivei clinic semnificative a maladei varicoase contribuie practic toate variantele refluxului venos patologic recidivant. Totuși, în cazul greșelilor tehnice în efectuarea crosectomiei, sindromului congestiei venoase pelviene și a multiplelor surse de reflux se atestă tendința spre o recidivă mai timpurie și mai exprimată a maladei.
9. Analiza rezultatelor investigațiilor clinice și ultrasonore a pacienților cu maladie varicoasă în perioada postoperatorie la distanță, ne permite să clasăm toate observațiile clinice înregistrate în trei grupe: (1) pacienții fără recidivă clinică a maladei și fără reflux patologic la duplex scanare; (2) pacienții fără vene varicoase vizibile, dar cu reflux venos patologic diagnosticat imagistic; și (3) pacienții cu vene varicoase recidivante și reflux patologic.

4. FACTORII ASOCIAȚI CU RECURENȚA POSTOPERATORIE A MALADIEI VARICOASE ȘI IMPACTUL CLINIC AL ACESTEIA

4.1. Determinarea factorilor asociați cu recurența „imagistică” și recurența „clinică” a maladii varicoase

În capitolul anterior s-a arătat, că în urma investigării clinice și imagistice a pacienților la distanță după intervenția chirurgicală pentru maladia varicoasă a extremităților inferioare, pot fi formate trei grupuri de observații:

Grupul I – pacienții fără recidiva maladii varicoase;

Grupul II – pacienții cu recidivă „imagistică” (prezența refluxului patologic venos în lipsa venelor varicoase vizibile); și

Grupul III – pacienții cu recidivă „clinică” (prezența refluxului patologic venos și a venelor varicoase vizibile) [88].

Cazurile clinice incluse în studiu (extremitățile operate) au fost distribuite după cum urmează:

Grupul I – 67 (42,67%) observații;

Grupul II – 44 (28,02%) observații; și

Grupul III – 46 (29,29%) observații.

Astfel, deși în timpul examinării clinice a bolnavilor aproximativ în 70% cazuri nu au fost depistate semne ale recidivei venelor varicoase, în realitate doar în puțin mai mult de 40% observații lipseau schimbări patologice în hemodinamica venoasă a extremității operate. Acest fapt indică lipsa de fiabilitate a evaluării exclusiv clinice a rezultatelor tratamentului chirurgical al maladii varicoase la distanță și, încă odată, accentuează importanța investigației ultrasonore a extremităților operate. Trebuie de remarcat, că valoarea medie a intervalului de timp din momentul intervenției până la momentul examinării de control, nu diferă semnificativ în cele trei grupuri studiate, ceea ce exclude impactul posibil al duratei de observare a bolnavilor asupra evaluării rezultatului tratamentului. Astfel în grupul întâi perioada de observație a constituit $79,36 \pm 23,01$ (95% CI 73,74-84,97) luni, în grupul al doilea – $81,25 \pm 17,16$ (95% CI 76,03-86,47) luni și în grupul a treilea – $86,61 \pm 22,13$ (95% CI 80,04-93,18) luni ($p > 0,05$ în toate cazurile).

Din punct de vedere practic și științific prezintă interes studierea cauzelor și factorilor posibili în dezvoltarea unui sau altui tip de recidivă a maladii varicoase în urma intervenției chirurgicale deschise. Cu scop de soluționare a acestei probleme, noi am efectuat compararea caracteristicilor demografice și clinice ale pacienților, de asemenea a datelor intraoperatorii, a

caracteristicilor tratamentului postoperator și a rezultatelor duplex scanării de control în grupurile de observații constatate anterior.

Până la momentul actual caracteristicile demografice ale bolnavilor, asociate cu dezvoltarea recidivei postoperatorii a maladii varicoase, nu sunt clar definite. Totuși este logic să presupunem, că asupra progresării maladii și a reapariției varicelor pot influența aceeași factorii dependenți de pacient, ca și la dezvoltarea maladii varicoase primare, de exemplu masa corporală excesivă, graviditatea și nașterea, folosirea contraceptivelor orale și altele. În cercetarea dată noi am efectuat un studiu comparativ al următorilor indicatori: genul pacienților, vârsta, IMC la momentul efectuării intervenției chirurgicale, mărirea masei corporale după intervenție, graviditatea sau utilizarea contraceptivelor hormonale după operație, prezența maladii varicoase la părinți, activitatea profesională, legată de efort fizic intens sau aflarea de lungă durată în ortostatism, de asemeni prezența unor comorbidități semnificative. Datele obținute în urma analizei comparative în trei grupuri de observații, sunt expuse în Tabelul 4.1.

Tabelul 4.1. Relația dintre factorii demografici, constituționali, ereditari și ocupaționali dependenți de pacient cu recidiva postoperatorie a maladii varicoase.

Indice	Grupul I (n = 67)	Grupul II (n = 44)	Grupul III (n = 46)	P
Gen feminin	41 (61,19%)	33 (75%)	36 (78,26%)	= 0,05*
Vârsta (ani)	47,15±12,11	51,0±11,86	48,57±10,65	ns
IMC (la momentul operației)	26,11±3,64	26,74±3,63	28,81±4,37	< 0,05*
Creșterea IMC (mediana)	1,67 (0-3,22)	1,74 (0-2,73)	2,04 (0,1-3,57)	ns
Comorbidități	19 (28,35%)	16 (36,36%)	18 (39,13%)	ns
Sarcină preoperator	33 (80,48%)	30 (90,9%)	33 (91,66%)	ns
Sarcină postoperator	10 (24,39%)	9 (27,27%)	10 (27,77%)	ns
Utilizarea contraceptivelor orale	3 (7,31%)	3 (9,09%)	2 (5,55%)	ns
Maladia varicoasă la părinți	39 (58,2%)	17 (38,63%)	31 (67,39%)	= 0,01**
Efort fizic major	18 (26,86%)	17 (38,63%)	13 (28,26%)	ns
Ore, petrecute în fiecare zi în ortostatism (ore)	7,31±2,33	7,09±2,33	8,63±2,4	< 0,01†
* - grupul III comparativ cu grupul I; ** - grupul III comparativ cu grupul I; † - grupul III comparativ cu grupuri I și II				

Luând în considerare datele din tabel se poate observa că diferențele statistic semnificative au fost depistate exclusiv la al III-lea grup de observații și doar la următorii factori: masa corporală excesivă la momentul operației, prezența venelor varicoase cel puțin la unul dintre părinți, și perioada îndelungată în ortostatism. Deși proporția persoanelor de gen feminin s-a dovedit a fi ușor mai mare printre observațiile cu recidivă „clinică” a maladiei varicoase, diferența depistată s-a dovedit a fi la limita semnificației statistice. Astfel, se poate de presupus, că factorii pacient-dependenți demografici, constituționali, ereditari și profesionali nu afectează persistența sau recidivarea refluxului asimptomatic patologic venos postoperator. În același timp, la pacienții cu masa corporală excesivă și concomitent cu anamneză familială, dereglările hemodinamice dobândesc mai frecvent un caracter clinic semnificativ. Interesant este faptul, că în pofida absenței legăturii dintre efortul fizic semnificativ și recidiva venelor varicoase postoperatorie, perioada de timp petrecută în ortostatism de către pacienți, exacerbează în mare măsură evoluția clinică a bolii, contribuind la apariția venelor varicoase. Gravitatea și nașterea, sunt factorii de risc bine cunoscuți ai recidivei maladiei varicoase postoperatorii [59]. Totuși, am putut identifica, în studiul nostru doar o anumită tendință spre o frecvență mai mare a recidivei refluxului venos și respectiv a venelor varicoase la pacientele care au rămas gravide și au născut după intervenția chirurgicală. Probabil, lipsa diferenței statistice este legată de numărul insuficient de observații în fiecare dintre grupurile comparate.

Semnificația practică a datelor obținute este ambiguă. Deși micșorarea și monitorizarea ulterioară a masei corporale sunt pe larg promovate de chirurghi la efectuarea multor intervenții planificate, inclusiv și în cazul maladiei varicoase, în realitate atingerea acestui obiectiv este foarte dificilă. În pofida acestui fapt, tendința spre creșterea semnificativă a masei corporale depistată de noi printre pacienții cu recidiva „ultrasonoră” și „clinică” a maladiei, argumentează necesitatea informării pacienților despre rolul acestui factor de risc. De asemenea trebuie de recunoscut ca fiind fondate recomandările privind limitarea lucrului în poziție ortostatică, la pacienții care au suportat intervenție chirurgicală privind maladia varicoasă.

Mulți autori asociază riscul dezvoltării recidivei venelor varicoase cu particularitățile efectuării intervenției chirurgicale primare: tehnica efectuării crosectomiei, lungimea stripping-ului, intervențiile concomitente pe venele perforante ale gambei etc. De asemenea s-a presupus legătura dintre riscul recidivei și volumul investigației instrumentale a sistemului venos preoperator. Totuși, rezultatele, obținute în cadrul diverselor studii sunt ambigue, și, uneori, chiar contradictorii. Noi am efectuat compararea unor date preoperatorii și intraoperatorii în cele trei grupuri de observații clinice studiate (Tabelul 4.2.).

Tabelul 4.2. Particularitățile intervenției chirurgicale primare la bolnavii fără și cu recidivă a
maladiei varicoase.

Indice	Grupul I (n = 67)	Grupul II (n = 44)	Grupul III (n = 46)	P
Duplex scanare preoperatorie	21 (31,34%)	11 (25%)	5 (10,86%)	= 0,01*
Distanța mediană de la regiunea plicii inghinale până la accesul la crosa VSM (cm)	0 (0-2)	2 (0-3)	2 (0-3)	< 0,01†
Lungimea medie de acces spre crosa VSM (cm)	6 (5-7)	7 (6-7)	7 (5-7)	ns
Stripping „scurt” VSM	27 (40,29%)	16 (36,36%)	19 (41,30%)	ns
Deconectarea VPI pe coapsă	3 (4,47%)	3 (6,81%)	3 (6,52%)	ns
Deconectarea VPI pe gambă	23 (34,32%)	10 (22,72%)	18 (39,13%)	ns
Intervenții pe VSP	3 (4,47%)	2 (4,54%)	4 (8,69%)	ns
VPI – vene perforante incompetente; * - grupul III comparativ cu grupul I; † - grupuri II și III comparativ cu grupul I				

Datele prezentate în tabel indică, că investigarea insuficientă a pacientului înainte de operație, precum și alegerea greșită a accesului spre crosa VSM pot fi factorii de risc potențiali ai recidivei maladiei varicoase. Duplex scanarea este standardul “de aur” în investigarea bolnavilor flebologici. La ziua de azi majoritatea clinicilor au abandonat complet tratamentul invaziv al maladiei varicoase fără o examinare minuțioasă preliminară ultrasonoră a sistemului venos. În același timp, în literatura de specialitate practic lipsesc lucrări, care demonstrează rolul duplex scanării în prevenirea recidivei venelor varicoase postoperatorii. Cel mai semnificativ, din punct de vedere al metodologiei și termenilor de monitorizare a pacienților, este studiul îndelungat, prospectiv randomizat, efectuat și publicat de L.Blomgren și coautorii (2005, 2011) [8, 10]. Autorii au arătat, că peste 2 și peste 7 ani după intervenția chirurgicală refluxul patologic venos a fost diagnosticat în mod semnificativ mai frecvent la bolnavii, operați fără duplex scanare preventivă. De asemenea la acești pacienți s-a remarcat o necesitate mare în efectuarea intervențiilor repetate pe venele superficiale. Dimpotrivă, în studiul randomizat efectuat de

J.J.Smith și coaut. (2002) nu s-a remarcat o reducere semnificativă a frecvenței recidivei maladiei în cazul utilizării duplex scanării preoperatorii [130]. Neajunsul acestui studiu este termenul nesemnificativ – 12 luni, a monitorizării pacienților operați. Conform datelor obținute de noi, printre pacienții cu recidivă clinică semnificativă, duplex scanarea preoperatorie s-a efectuat aproximativ de trei ori mai rar, decât în grup pacienților fără recidivă. În grup cu recidivă „imagistică”, duplex scanarea la fel s-a efectuat mai rar, dar fără diferență statistică semnificativă. Se poate presupune, că în grupul a II-lea, recidiva refluxului venos a fost mai puțin legată de erorile tactico-tehnice în efectuarea intervenției chirurgicale, dar în mare măsură datorită factorilor care nu depind de calitatea investigației preoperatorii, așa ca dezvoltarea fenomenului de neovascularizare sau progresarea maladiei. Mai detaliat structura refluxului patologic venos în grupurile de observație II și III va fi examinată mai jos.

Erorile în efectuarea uneia din etapele cheie a intervenției chirurgicale deschise în maladia varicoasă – crosectomia, sunt considerate de mulți autori, ca cauza cea mai frecventă a recidivei postoperatorie. Deși posibilele variante ale erorilor tehnice sunt destul de diverse, cel mai frecvent se atestă păstrarea bontului excesiv al venei cu reflux în tributarele incompetente ale crosei. Cheia pentru realizarea cu succes a crosectomiei, este accesul adecvat la joncțiunea safeno-femurală [89]. Datele prezentate în tabel ne arată că rolul cel mai important îi revine nu lungimii inciziei în regiunea inghinală, dar poziționarea ei față de regiunea inghinală. Atât în grup cu recidivă „clinică”, cât și în grup cu recidivă „imagistică” accesul la joncțiunea safeno-femurală, a fost realizată mai jos de plica inghinală, în mediu cu aproximativ 2 cm. Dimpotrivă, la marea majoritate a pacienților fără recidivă crosectomia a fost efectuată pe linia plicii inghinale [89]. Trebuie de menționat, că efectuarea accesului „inghinal” spre croasa VSM este o abordare general acceptată în chirurgia maladii varicoase și este recomandată în toate manualele de flebologie. Cu toate acestea, până în prezent unii chirurghi efectuează incizia distal, fie din cauză pregătirii insuficiente, fie din cauza fricii nejustificate de lezare a vaselor femurale magistrale. Datele obținute de noi arată încă o dată inadmisibilitatea unei astfel de practici.

Unul din rezultatele cele mai importante, din punctul nostru de vedere, ale analizei efectuate este excluderea rolului potențial al stripping-ului parțial sau „scurt” al VSM, cât și refuzul deconectării venelor perforante incompetente al gambei în cazul dezvoltării recidivei postoperatorii a maladiei. Mai mult decât atât, în grup cu recidivă „clinică” intervențiile pe perforantele gambei au fost efectuate mult mai frecvent. Astfel, se poate concluziona, că eliminarea totală a trunchiului VSM în maladia varicoasă nu contribuie la scăderea frecvenței persistenței refluxului venos și a recidivelor venelor varicoase. Având în vedere probabilitatea mare a tulburărilor neurologice în cazul efectuării stripping-ului lung a VSM, utilizarea lui în

mod standard trebuie considerată ca nejustificată. O concluzie similară poate fi dedusă și în privința operației privind înlăturarea refluxului venos orizontal la nivelul gambei.

Pe de altă parte, este oarecum paradoxală lipsa influenței ligaturării perforantelor incompetente a coapsei asupra dezvoltării recidivei. După efectuarea crosectomiei, la un șir de bolnavi, perforantele incompetente mediale ale coapsei acționează ca „joncțiune safeno-femurală nouă”, provocând reflux în trunchiul VSM sau în tributarele acesteia. În așa fel, deconectarea acestor perforante în timpul intervenției chirurgicale primare ar trebui să aibă un impact pozitiv asupra rezultatului tratamentului. O explicație rezonabilă a paradoxului depistat, este relevat de faptul, că în 9 cazuri când în protocolul operației se menționa ligaturarea perforantelor în regiunea coapsei, doar la trei bolnavi a fost efectuată duplex scanarea preoperatorie. Mai mult ca atât, nici într-un protocol de investigație ultrasonoră nu se menționează despre prezența perforantelor incompetente a venelor coapsei. Aparent, în timpul intervenției chirurgicale au fost ligaturate tributarele mari a VSM direcționate în profunzimea țesuturilor moi calificate eronat ca fiind perforante ale coapsei.

Intervențiile la nivelul VSP în cazul maladiei varicoase se caracterizează printr-o dificultate tehnică ușor mai mare, decât intervenția în bazinul VSM, ceea ce se datorează caracteristicilor anatomice, topografiei țesuturilor și a nervilor în fosa popliteală, frecvența relativ scăzută a refluxului în regiunea joncțiunii safeno-poplitee, și respectiv, experiența limitată a majorității chirurgilor în astfel de intervenții chirurgicale. În studiul nostru, numărul intervențiilor pe VSP la fel s-a dovedit destul de mic – 9 (5,73%) extremități, ceea ce aparent este cauza lipsei unei diferențe statistice semnificative între grupurile de observații comparate. În același timp, trebuie remarcat faptul că ponderea operațiilor pe VSP în grup cu recidivă „clinică” a maladiei varicoase a depășit aproape de două ori indicatorul respectiv la bolnavii fără recidivă sau cu prezența exclusiv a recidivei „imagistice”.

Componentele de bază ale tratamentului postoperator la bolnavii operați a fost utilizarea îndelungată a compresiei elastice și a medicamentelor per orale veno-active. Există o opinie că, utilizarea îndelungată sau chiar permanentă a terapiei compresionale la bolnavii operați poate contribui la prevenirea dezvoltării recidivei maladiei varicoase și a insuficienței venoase cronice. Cu toate acestea, o astfel de declarație până la momentul de față nu are la bază suficiente dovezi fiabile și științifice. Printre pacienții observați de noi compresia postoperatorie îndelungată (mai mult de 30 de zile) s-a utilizat destul de frecvent: la 70 (63,63%) bolnavi la 96 extremități operate. Ponderea utilizării îndelungate a compresiei în grupul I a constituit 43 (64,17%) observații, în grupul II – 28 (63,63%) observații și în grupul III a constituit 35 (76,08%) observații ($p > 0,05$ în toate cazurile). De asemenea nu s-a obținut o diferență semnificativă a

duratei medii de utilizare a terapiei compresionale, ce a constituit respectiv: $197,6 \pm 328,8$ zile și $253,3 \pm 562,8$ zile, și $283 \pm 673,9$ zile în I, II, și a III-a grup ($p > 0,05$ în toate cazurile). În ciuda lipsei unei diferențe statistice semnificative, totuși se face remarcată frecvența ceva mai mare și durata utilizării produselor compresionale în grup cu recidivă „clinică”. Probabil, persistența sau reapariția simptomelor subiective și obiective ale maladiei varicoase au servit ca motiv a utilizării mai intensive a compresiei elastice la acești pacienți. Cu siguranță putem afirma doar că, purtarea bandajelor elastice sau a produselor de tricotaj elastic în decursul unei luni și mai mult după intervenția chirurgicală nu are nici un efect semnificativ pozitiv asupra rezultatelor la distanță ale tratamentului chirurgical. Cercetările publicate în ultimii ani indică asupra lipsei avantajelor utilizării compresiei postoperatorii într-o perioadă de timp, mai mare de 7 zile [7, 65, 67]. Cu toate acestea, în literatura disponibilă noi nu am găsit publicații care studiază impactul terapiei compresionale asupra recidivei maladiei varicoase. O trecere recentă în revistă a literaturii de specialitate, dedicată rolului terapiei compresionale în flebologie, a remarcat, de asemenea, o referire la „lipsa cercetărilor, care studiază influența compresiei asupra progresării sau a recidivei venelor varicoase” [84].

Mecanismul de acțiune al preparatelor veno-active este unul complex. Efectul de bază al preparatelor îl constituie creșterea tonusului peretelui venos, realizat prin suprimarea degradării norepinefrinei, precum și impactul asupra cascadei inflamatorii, pus în aplicare la nivelul peretelui venos. Studiile experimentale au demonstrat, că flebotonicele sunt capabile să inhibe aderarea și migrarea leucocitelor în cazul hipertensiunii venoase, și de asemenea să micșoreze formarea radicalilor liberi, tromboxanului și prostaglandinelor, acționând astfel în mod direct la patogeneza insuficienței venoase cronice [111]. Este logic de presupus, că utilizarea regulată a flebotonicelor poate avea efect pozitiv asupra evoluției postoperatorii a maladiei varicoase. În acest studiu doar o parte mică a pacienților – 29 (26,36%) periodic primeau preparate veno-active după intervenție. Analizând procentul de observații cu utilizarea farmacoterapiei a insuficienței venoase în fiecare din sub grup comparată au fost obținute următoarele rezultate: grupul I – 14 (20,89%) observații, grupul II – 6 (13,63%) și grupul III 9 (19,56%) observații ($p > 0,05$ în toate cazurile). Mai mult ca atât, printre toți pacienții care au utilizat cursuri de flebotonice, micșorarea clasei primare C după CEAP în perioada postoperatorie la distanță s-a stabilit în 22 (75,86%) din 29 cazuri, iar printre bolnavii care nu au primit preparate veno-active – în 95 (74,21%) din 128 ($p > 0,05$) cazuri. În așa fel, se poate conchide, că deși preparatele venotonice și-au demonstrat eficacitatea lor în înlăturarea sindromului edematos în cazul maladiei venoase cronice a extremităților inferioare și, de asemenea, în stimularea cicatrizării ulcerelor venoase cronice, indicarea lor cu scopul preîntâmpinării recidivei venelor varicoase

postoperatorii nu este justificată. În lipsa acuzelor din partea pacientului legate de congestie venoasă (greutate, oboseală, durere) și a edemului, condiționat de refluxul venos patologic, utilizarea flebotonicelor în perioada postoperatorie la distanță nu este indicată.

O semnificație practică majoră o are studierea rezultatelor duplex scanării în grupul bolnavilor cu recidivă „imagistică” și „clinică” a maladiei venoase. În Tabelul 4.3. sunt prezentate rezultatele analizei comparative a caracteristicilor afecțiunii hemodinamicii venoase în grupul II și III de observații (grupul I nu s-a luat în considerare în legătură cu lipsa refluxului venos patologic la duplex scanarea de control).

Datele prezentate în tabel evidențiază faptul, că în marea majoritate a cazurilor tipul sursei refluxului venos patologic nu a influențat asupra dezvoltării recidivei „clinice” sau „imagistice” a maladiei varicoase. În același timp, în grupul observațiilor cu recidivă „imagistică” s-a diagnosticat în mod semnificativ mai frecvent în calitate de sursă a refluxului joncțiunea safeno-politeală incompetentă și VSP. Trebuie de presupus, că cauza este localizarea subfascială a trunchiului principal al VSP, îngreunând într-o anumită măsură diagnosticul clinic al bolii.

Deși, din cauza unui număr mic de observații, noi nu am depistat o diferență statistică fiabilă între grupuri, atrage atenție asupra sa faptul, că în toate cazurile prezenței refluxului pelvino-perineal la duplex scanare, la bolnavi s-a depistat recidiva „clinică” a maladiei venoase. Din contra, refluxul prin perforantele proximale ale gambei nici într-un caz nu s-a asociat cu prezența venelor varicoase dilatate. Oarecum neașteptată a fost lipsa cazurilor recidivei „clinice” a venelor varicoase cu reflux prin vena fosei poplitee. La bolnavii cu maladia varicoasă primară sursa respectivă a refluxului, de regulă, duce la dezvoltarea varicelor în regiunea fosei poplitee și în regiunea posterioară a gambei. Totuși, la bolnavii operați tributarele varicoase dilatate, aparent, au fost eliminate în timpul intervenției, iar refluxul prin vena fosei popliteale nu a fost lichidat. În favoarea unei asemenea teorii vorbește prezența cicatricelor post-operatorii în regiunea anatomică corespunzătoare. În cazul recidivei „clinice” s-a diagnosticat de cinci ori mai des asocierea a două surse de reflux, totuși diferența de asemenea nu a atins nivelul semnificației statistice.

Analiza variantelor așa-numitor „conductori” ai refluxului, indică asupra semnificației clinice majore a tributarei anterioare a VSM. Acest vas venos are un calibru și o lungime suficient de mare și în cazul dezvoltării recidivei practic se transformă într-o VSM „nouă”. Astfel, putem conchide, că în cazul incompetenței joncțiunii safeno-femorale, păstrarea tributarei anterioare a VSM în timpul intervenției primare se asociază cu un risc major de dezvoltare a recurenței clinice semnificative a maladiei.

Tabelul 4.3. Rezultatele duplex scanării de control în grupurile cu recidivă „imagistică” și „clinică” a maladii varicoase în perioada postoperatorie.

Datele duplex scanării	Grupul II (n = 44)	Grupul III (n = 46)	P
Sursele refluxului venos patologic			
Bont restant excesiv VSM	10 (22,72%)	18 (39,13%)	ns
JSF intactă	3 (6,81%)	4 (8,69%)	ns
Fenomenul de neovascularizare inghinală	7 (15,9%)	2 (4,34%)	= 0,08
Reflux pelvino-perineal	0	7 (15,21%)	ns
VPI ale coapsei	10 (22,72%)	8 (17,39%)	ns
Vena fosei popliteale	2 (4,54%)	0	ns
Joncțiunea safeno-popliteală	8 (18,18%)	1 (2,17%)	< 0,05
VPI ale treimeii inferioare a gambei	2 (4,54%)	0	ns
Asocierea a 2 surse de reflux	1 (2,27%)	5 (10,86%)	ns
„Conductorii” refluxului în direcția distală			
Tributara anterioară a VSM	3 (6,81%)	14 (30,43%)	< 0,01
Fragmente a VSM (pe coapsă sau gambă)	5 (11,36%)	5 (10,86%)	ns
VSM intactă	3 (6,81%)	3 (6,52%)	ns
Fenomenul de neovascularizare după stripping	1 (2,27%)	2 (4,34%)	ns
Alte date			
Tributarele VSM pe coapsă (incompetente)	22 (50%)	37 (80,43%)	< 0,01
Diametrul mediu al tributarelor venoase pe coapsă (mm)	4,32±1,71	5,77±2,09	< 0,01
Tributarele VSM pe gambă (incompetente)	24 (54,54%)	41 (89,13%)	< 0,01
Diametrul mediu al tributarelor venoase pe gambă (mm)	4,14±1,16	5,41±1,38	< 0,01
Numărul VPI pe gambă (mediana)	1 (1-2)	2 (1-2)	< 0,05
Incompetența venelor profunde	5 (11,36%)	4 (8,69%)	ns
VPI – vene perforante incompetente			

Importanța majoră în dezvoltarea recidivei „clinice”, conform datelor noastre, o are prezența și calibrul tributarelor incompetente a venelor magistrale subcutanate. După cum se vede din tabel, doar în cazul recurenței „imagistice” tributarele venoase se vizualizează în timpul

duplex scanării semnificativ mai rar, iar diametrul lor era semnificativ mai mic. Deși în conformitate cu definiția general recunoscută, drept vene varicoase de obicei se subînțeleg vase cutanate tortuos dilatate cu diametrul de 3mm și mai mult, rezultatele ne arată că, la bolnavii operați tributarele cu diametrul mai mic de 5 mm de obicei nu duc la o recidivă a maladiei vizual determinată. Astfel, indiferent de sursa refluxului recidivant, recidiva „clinică” a maladiei varicoase se dezvoltă în special în acele cazuri, când fluxul retrograd umple tributarele subcutanate varicos – dilatate. Dimpotrivă, chiar și refluxul subcutanat magistral pronunțat poate să nu se manifeste ca recidivă varicoasă în lipsa tributarelor incompetente, fapt ce este demonstrat în următoarea observație clinică.

Caz clinic nr. 1. Pacienta C.E. 76 ani a fost operată în 27.12.2006 în mod planificat pentru maladie varicoasă bilaterală în bazinul VSM, clasă clinică C2. Duplex scanarea preoperator nu s-a efectuat. Conform protocolului operației, sub anestezie generală pacientei i s-a efectuat crosectomie, stripping scurt al VSM și flebectomie a tributarelor varicoase la ambele extremități inferioare. Perioada postoperatorie – fără particularități. La examenul de control după 74 luni după intervenție – pacienta nu prezenta acuze, vene varicoase la extremitățile inferioare nu s-au determinat. Clasa clinică C1 la ambele părți. Pe partea dreaptă și stângă a extremităților în special pe partea medială a coapsei și gambei – erau multiple cicatricii postoperatorii cu lungimea de la 2 până la 5 cm. În timpul duplex scanării pe extremitatea inferioară dreaptă s-a vizualizat bontul excesiv al VSM cu lungimea de 8,4 mm, legată printr-o tributară cu trunchiul incompetent al VSM pe coapsă și gambă. Refluxul în regiunea bontului VSM nu s-a depistat. Pe extremitatea inferioară stângă s-a diagnosticat joncțiunea safeno-femurală intactă cu reflux în trunchiul VSM pe coapsă și gambă. Tributarele varicoase din ambele părți nu au fost determinate. Fluxul retrograd se drena în sistemul venos profund prin venele perforante în treimea medie a gambei.

Este evident că în cazul clinic menționat a avut loc o eroare tehnică gravă – neefectuarea stripping-ului la extremitatea inferioară dreaptă și neefectuarea crosectomiei și a stripping-ului pe stânga. În același timp, îndepărtarea minuțioasă a tuturor tributarelor varicoase incompetente al VSM în timpul intervenției primare a asigurat lipsa recidivei clinice a maladiei varicoase pe o perioadă mai mult de 6 ani postoperator. Astfel de cazuri au fost remarcate și de alți specialiști în domeniul flebologiei, și parțial, au servit ca bază pentru introducerea în practica clinică a strategiei de tratament ASVAL (*Ablation Sélective des Varices sous Anesthésie Locale*) a maladiei varicoase [118]. Esența hemodinamică a strategiei constă în „conservarea” trunchiului incompetent a VSM și în deconectarea tributarelor varicoase. În unele cazuri după efectuarea unei astfel de intervenții refluxul în VSM se micșorează sau dispare definitiv. Mai mult decât atât, s-a remarcat faptul că chiar și la pacienții cu VSM incompetentă păstrată după intervenția

ASVAL se observă o ameliorare clinică semnificativă [117]. Deși rezultatele obținute de noi nu pot fi folosite direct în susținerea strategiei ASVAL, ele subliniază importanța flebectomiei adecvate a tributarelor varicoase în timpul intervenției primare. În prisma datelor obținute, refuzul de la flebectomie ca un element obligatoriu al intervenției chirurgicale, propagat de unii specialiști, nu pare justificat [104].

Finalizând descrierea rezultatelor scanării duplex de control în grupurile de observații II și III, trebuie de remarcat că perforantele incompetente mai des au fost diagnosticate în grupul cu recidivă „clinică” a maladiei varicoase. Totuși, practic în toate cazurile aceste vene perforante se atribuiau la așa numitele perforante „re-entry”, direcționând fluxul retrograd din venele subcutanate în venele profunde ale gambei. Descoperită în unele cazuri, incompetența venelor profunde, nu a avut un efect semnificativ asupra dezvoltării recidivei „clinice”.

În așa fel, în urma investigației clinice și ultrasonore a pacienților cu maladie varicoasă în perioada la distanță după tratamentul chirurgical „clasic” deschis, s-a stabilit că posibilitatea reparației venelor varicoase pe extremitatea inferioară operată este mai mare la pacienții de gen feminin, cu masa corporală excesivă, de asemenea, la pacienții, care în fiecare zi petrec în ortostatism mai mult de 6 ore. Prezența maladiei varicoase la părinții pacientului se asociază cu o probabilitate mai mare a dezvoltării recidivei „clinice” decât „imagistice” a maladiei varicoase. Refuzul de la efectuarea duplex scanării preoperatorii și utilizarea accesului infrainghinal spre joncțiunea safeno-femurală se asociază semnificativ cu riscul recidivei venelor varicoase și cu refluxul patologic venos. Interes prezintă compararea datelor, obținute în acest studiu cu rezultatele unui studiu mult mai mare și multicentric, realizat de R.Fischer și coaut. (2006) și este bazat pe rezultatele a mai mult de 1200 bolnavi operați cu maladie varicoasă, urmăriți 6 ani postoperator [44]. În urma analizei multivariaționale statistice, autorii au identificat următorii factori de risc semnificativi, care se asociază cu recidiva refluxului venos patologic (deci cu dezvoltarea recidivei „imagistice”) după crosectomie și stripping: (1) prezența obezității preoperator; (2) graviditate până și după intervenție; (3) refuzul utilizării duplex scanării; (4) lungimea accesului spre crosa VSM mai puțin de 3 cm și (5) strippingul total VSM. În pofida diferenței semnificative în numărul de observații și a utilizării în studiul prezent doar a analizei statistice univariate, doi dintre factorii de risc stabiliți de noi (excesul masei corporale și refuzul de la duplex scanare) au coincis cu cei descriși de R.Fischer. Din cauza diferențelor semnificative în tehnica efectuării crosectomiei, compararea rezultatelor obținute în ambele cercetări este imposibilă. În studiul nostru, nici într-un caz lungimea accesului spre joncțiunea safeno-femurală nu era mai mică de 3cm, iar în cercetarea lui R.Fischer crosectomia întotdeauna se efectua pe proiecția plicei inghinale sau chiar proximal față de ea.

La analiza clinică a rezultatelor la distanță a tratamentului maladiei varicoase trebuie de luat în calcul, că la pacienții cu reflux venos patologic postoperator, datorat fenomenului de neovascularizare inghinală sau joncțiunii safeno-popliteale incompetente, recidiva maladiei poate decurge fără apariția venelor varicoase vizibile. Din contra, la bolnavii cu tributare varicos – modificate neînlăturate sau parțial înlăturate de diametru mare, prezența chiar și a unui reflux venos nesemnificativ duce la identificarea vizuală a recidivei varicoase. Trebuie de conchis, că lipsa venelor varicoase la examinarea extremității inferioare, operate pentru maladia varicoasă, nu este echivalentă cu absența recidivei maladiei. Refluxul venos patologic păstrat sau dezvoltat *de novo* la unii pacienți poate determina existența acuzelor caracteristice insuficienței venoase cronice și necesită aplicarea unor măsuri terapeutice. Semnificația clinică exclusiv a recidivei „imagistice” a maladiei varicoase, practic nu este studiată și va fi analizată în următorul capitol al acestui studiu.

4.2. Importanța clinică a recurenței postoperatorii a maladiei varicoase

Datele din literatura de specialitate, expuse în capitolul întâi al studiului, cât și rezultatele studiului propriu zis, indică că în cazul unei abordări metodologice corecte și complexe a evaluării rezultatelor pe termen lung ale tratamentului chirurgical, la marea majoritate a bolnavilor cu maladie varicoasă se stabilește diagnosticul de recidivă a maladiei. Totuși, numărul pacienților supuși intervențiilor repetate de obicei nu este chiar atât de mare, ca numărul recidivelor depistate. Este oare aceasta cauza că pacienții nu doresc să recurgă la intervenții invazive repetate, în lipsa experienței suficiente în tratarea recidivei maladiei varicoase la majoritatea chirurgilor generali sau în semnificația clinică relativ mică a refluxului venos persistent? Pentru a da răspuns la această întrebare, noi am efectuat compararea datelor clinice, care caracterizează severitatea patologiei venoase a membrilor inferioare, în cele trei grupuri de bolnavi definite anterior. Cu scopul unei analize complexe și ample a importanței recidivei s-au utilizat atât instrumente care evaluează severitatea simptomelor subiective și obiective ale maladiei varicoase, cât și chestionarele calității vieții, precum și evaluarea rezultatului intervenției chirurgicale raportate de către pacient.

Abordarea cea mai universală și folosită pe scară largă în cuantificarea evaluării severității maladiei venoase cronice a extremităților inferioare cu patologie varicoasă și posttrombotică este utilizarea scalei VCSS. Punctajul mediu pentru fiecare din 10 compartimente VCSS, precum și valoarea medie a sumei punctelor conform scalei sunt prezentate pentru fiecare din cele trei grupuri în Tabelul 4.4.

Tabelul 4.4. Valoarea scalei postoperatorii VCSS la bolnavii fără și cu recidivă a maladiiei varicoase.

Numărul mediu de puncte VCSS	Grup I (n = 67)	Grup II (n = 44)	Grup III (n = 46)	P
Prezența durerii sau disconfortului	0,37±0,51	0,81±0,58	1,06±0,64	< 0,001*
Prezența venelor varicoase	0	0	1,93±0,74	-
Prezența edemului venos	0,25±0,47	0,45±0,5	1,21±0,62	< 0,001**
Prezența hiperpigmentării cutanate	0,07±0,26	0,04±0,2	0,28±0,58	< 0,05**
Intensitatea inflamației pielii gambei	0	0	0,13±0,4	-
Intensitatea indurației pielii gambei	0,02±0,17	0,02±0,15	0,17±0,43	< 0,05**
Numărul de ulcere venoase active	0	0	1,0	-
Durata ulcerelor venoase active	0	0	1,0	-
Extinderea ulcerelor venoase active	0	0	1,0	-
Intensitatea utilizării compresiei	0,1±0,35	0,25±0,53	0,52±0,72	< 0,001†
Suma totală a punctelor VCSS	0,73±0,88	1,54±0,90	6,45±2,62	< 0,01††
* - grupuri III și II comparativ cu grup I; ** - grup III comparativ cu grupuri I și II; † - grup III comparativ cu grup I; †† - între toți indicii				

Analizând datele, prezentate în tabel, putem observa, că intensitatea durerii în extremitățile inferioare, provocate de dereglarea circulației venoase, se mărește progresiv de la primul spre al treilea grup. Puțin ciudat arată faptul, că pacienții fără recidivă în unele cazuri totuși acuzau greutate, oboseală sau parestezie în membrul operat. Deși, în opinia noastră, bazată

pe experiență clinică, aceste acuze au fost considerate ca având proveniență venoasă, rezultatul negativ al duplex scanării permite să presupunem prezența la acești pacienți a unei alte patologii, responsabile de această simptomatologie: boli neurologice, vertebropatie, osteoartroză etc. Severitatea simptomelor subiective a fost veridic mai mare la pacienții cu recidivă postoperatorie a maladiei. Este interesant faptul că, în pofida valorii ceva mai mare a numărului mediu de puncte în al treilea grup, diferența în intensitatea durerii în variantele „imagistice” și „clinice” ale recurenței a fost statistic nesemnificativă.

Severitatea edemului venos la fel a crescut progresiv de la grupul fără recidivă spre grupul cu recidivă „clinică” a venelor varicoase. Totuși în acest caz severitatea edemului în I-ul și al II-lea grup nu s-a deosebit semnificativ. Datele obținute au coincis cu rezultatele obiective ale evaluării gravității sindromului edematos prin compararea circumferinței membrilor inferioare studiate și sănătoase la nivelul treimii inferioare a gambei. Circumferința membrilor cu recidivă „clinică” venoasă depășea indicele corespunzător, obținut la gamba controlaterală, în mediu cu $0,54 \pm 1,48$ cm. Diferența circumferinței în I-ul și al II-lea grup s-a dovedit a fi statistic nesemnificativă: $0,05 \pm 0,54$ cm și $0,07 \pm 0,72$ cm, respectiv ($p > 0,05$).

Datele care se atribuie la o serie de compartimente a scalei VCSS, s-au dovedit a fi mai puțin utile pentru analiza statistică comparativă între grupuri. Conform definiției acceptate de noi, în I-ul și al II-lea grup de observații, venele varicoase la examinarea de control nu au putut fi diagnosticate. Ar trebui de remarcat faptul, că semnificația medie a gravității venelor varicoase conform scalei VCSS în grupul al III-lea a constituit aproape 2 puncte din trei maximal posibile, ceea ce vorbește despre un „volum” destul de semnificativ al recidivei varicoase.

Șase din zece compartimente ale scalei VCSS se referă la descrierea simptomelor clinice obiective ale insuficienței venoase cronice severe, dintre care trei – la descrierea ulcerelor trofice active. Grupul general de pacienți observați de noi, s-a caracterizat printr-o parte mică de cazuri cu tulburări trofice a țesuturilor moi a gambei. Doar 15 (9,55%) dintre extremitățile inferioare la examenul de control au fost atribuite la clasa clinică C4-C6 CEAP, iar ulcerul trofic activ a fost diagnosticat doar în două observații – ambele în grupul III. Respectiv, analiza statistică comparativă a unui număr de indicatori s-a dovedit a fi imposibilă. În același timp, severitatea hiperpigmentării și indurației pielii în grupul bolnavilor cu recidivă „clinică” s-a dovedit a fi semnificativ mai mare în comparație cu grupurile de observații I și II. În general, putem concluziona, că scala VCSS nu este un instrument optimal pentru evaluarea rezultatelor tratamentului pacienților cu o formă necomplicată a maladiei varicoase a extremităților inferioare.

Analizând valorile medii ale sumei totale de puncte conform scalei VCSS se observă, că indicatorii în toate grupurile se deosebesc semnificativ unul de altul. Astfel, la bolnavii cu recidivă „imagistică” scorul mediu al VCSS s-a dovedit a fi aproximativ de două ori mai mare, decât în lipsa recidivei, iar la bolnavii cu recidivă „clinică” – de 4 ori mai mare decât în grupul al II-lea. Rezumând cele expuse mai sus, noi am ajuns la concluzia, că ambele variante ale recidivei postoperatorii a maladiei varicoase („imagistică” într-o măsură mai mică și „clinică” – într-o măsură mai mare) sunt clinic semnificative. Spre deosebire de cazurile recidivei „clinice”, la care toate simptomele maladiei venoase sunt exprimate semnificativ mai puternic decât în lipsa recidivei, la varianta exclusiv „imagistică” predomină simptome subiective, adică așa acuze ca durerea și alte senzații neplăcute în extremitatea operată. Totuși, această concluzie, are în general un aspect teoretic atât timp, cât nu este studiat impactul recidivei „imagistice” asupra pacientului și gradul de influență negativă asupra calității vieții bolnavilor operați.

Cea mai simplă abordare în evaluarea capacității de muncă a pacienților cu patologie venoasă a membrelor inferioare, este scorul venos de dezabilitate (VDS), elaborat ca un component suplimentar al clasificării CEAP. Aplicând scala menționată în acest studiu, noi am obținut următoarele rezultate. Valoarea medie a VDS în grupul bolnavilor cu recidivă „clinică” a constituit $1,21 \pm 0,46$ puncte și s-a dovedit semnificativ mai mare, decât în grupul I și II de observații ($p < 0,0001$). Indicatorul, primit la bolnavii cu recidivă „imagistică”, s-a dovedit puțin mai mare, decât în cazul lipsei recidivei: $0,61 \pm 0,49$ puncte și $0,4 \pm 0,49$ puncte, respectiv ($p > 0,05$). Astfel, se poate de presupus, că numai recidiva „clinică” dereglează semnificativ capacitatea de muncă a pacienților. În același timp, numărul mediu de puncte mai puțin de 2 vorbește despre aceea că, majoritatea pacienților cu recidivă „clinică” pot efectua activitatea profesională obișnuită chiar și fără utilizarea compresiei elastice. Doar în 9 (19,56%) din 46 cazuri, bolnavul se isprăvea cu sarcina de lucru de zi cu zi doar cu condiția utilizării compresiei elastice. Datele obținute pot fi puțin „denaturate”, sub influența unor factori specifici grupului nostru de studiu. În primul rând, după cum am menționat mai sus, cota pacienților cu insuficiență venoasă severă în acest studiu a fost ne semnificativă și a constituit 12,73% cazuri (20 extremități) la momentul efectuării intervenției chirurgicale și 9,55% (15 extremități) – la momentul examenului de control. Nu este exclus, că la pacienții cu manifestări inițiale mai severe ale maladiei venoase, recidiva ei va limita într-o măsură mai mare capacitatea de muncă a pacientului. În al doilea rând, la momentul efectuării examenului de control 30(40%) pacienți de sex feminin și 16 (45,71%) bolnavi de sex masculin au atins vârsta de pensionare, și astfel, nu este chiar corect evaluarea influenței maladiei venoase asupra capacității de muncă. În sfârșit, după cum s-a arătat în capitolul „Materiale și metode ale cercetării”, din anumite motive nu toți

pacienții sunt complianți la utilizarea compresiei elastice, ceea ce poate influența asupra credibilității rezultatului studiului cu utilizarea scalei VDS.

Cu scopul de a evita restricțiile menționate mai sus în definirea semnificației clinice a recidivei postoperatorii a maladei varicoase, pe parcursul studiului, noi am folosit încă două abordări la evaluarea rezultatului pe termen lung al tratamentului. Pacienților li s-a propus să evalueze conform scalei de rang de 10 puncte severitatea maladei varicoase până și după intervenția chirurgicală, și de asemenea, să răspundă fără echivoc („da sau nu”) la întrebarea: „S-a meritat, după părere dumneavoastră, să acceptați operația pentru maladia varicoasă?” Ambele metode se referă la așa-numitele PRO (*patient reported outcome*) – adică rezultatele tratamentului, ce sunt descrise nemijlocit de pacient. În ultimii ani, evaluării PRO în medicină, în general, și în flebologie, în particular, se acordă o importanță majoră, în special în studierea rezultatelor tratamentului maladiilor, care nu pun în pericol viața bolnavului [20, 26].

În cazul auto-evaluării severității maladei venoase la momentul examenului de control au fost obținute următoarele date. Valoarea medie conform scalei de rang de 10 puncte SRP a constituit $2,07 \pm 1,02$ puncte în grupul I, $2,86 \pm 1,32$ puncte – în grupul II și $3,37 \pm 1,52$ puncte – în grupul III ($p < 0,05$ la compararea I și al II-lea grup; $p < 0,001$ la compararea I și al III-lea grup). În acest caz diferența în punctajul mediu conform 10-SRP în grupurile cu varianta recidivei „imagistice” și „clinice” s-a dovedit statistic ne semnificativă. Rezultatele practic similare au fost obținute și în studiul dinamicii postoperatorii a scorului 10-SRP. Astfel, în grupul fără recidivă indicatorul conform scalei s-a redus în mediu cu $1,2 \pm 1,61$ puncte, în grupul cu recidivă „imagistică” s-a micșorat doar cu $0,45 \pm 1,24$ puncte, iar în prezența recidivei „clinice” – s-a mărit cu $0,3 \pm 1,91$ puncte. Diferența dintre grupurile fără recidivă și cu recidivă s-a dovedit statistic semnificativă, iar între grupurile II și III – nu. Datele obținute ne permit să concluzionăm, că conform opiniei pacienților, prezența oricărei variante a recidivei varicoase postoperatorii este percepută ca înrăutățirea stării extremităților inferioare. În același timp, atât recidiva „imagistică”, cât și cea „clinică” aproape în aceeași măsură acționează negativ asupra stării de sănătate a bolnavilor.

Prezența recidivei maladei a influențat și asupra evaluării de către pacient a raționamentului efectuării în trecut a intervenției chirurgicale pe venele varicoase. Astfel la întrebarea: „S-a meritat, după părerea dumneavoastră, să acceptați intervenția chirurgicală pentru maladia varicoasă?” în grupul I de observații „nu” au răspuns 5 (7,46%) pacienți, în grupul II – 12 (27,27%) și în grupul III – 22 (47,82%). În acest caz, toate diferențele dintre proporții s-au dovedit statistic semnificative sau s-au aflat la limita credibilității: $p < 0,01$ pentru grupurile I și II; $p < 0,0001$ pentru grupurile I și III și $P = 0,052$ pentru grupurile II și III. Cu alte cuvinte,

aproximativ o treime dintre bolnavi cu recidivă „imagistică” și aproximativ jumătate dintre bolnavi cu recidivă „clinică” au considerat, că operația efectuată a fost în zadar, deoarece nu a adus îmbunătățirea așteptată. Și, dimpotrivă, mai mult de 50% dintre pacienții cu recidivă clinic diagnosticată a maladiei varicoase, au constatat o dinamică pozitivă după intervenția chirurgicală efectuată. La acești pacienți venele varicoase din nou apărute, erau nu atât de mari și puține la număr, iar simptomele subiective – nu atât de accentuate, ca până la operație. Oarecum paradoxal este prezența a 5 cazuri nesatisfăcute de rezultatul intervenției în grup bolnavilor fără recidivă a maladiei. În timpul discuției cu acești bolnavi, s-a stabilit, că în pofida absenței totale a careva simptome a maladiei varicoase, pacienții erau nemulțumiți de rezultatul estetic al intervenției chirurgicale efectuate în legătură cu prezența pe pielea extremităților a unui număr mare de cicatrice cu lungimea de la un centimetru și mai mult. Un exemplu de apreciere negativă al efectului intervenției chirurgicale de către una dintre paciente și datele clinico-instrumentale aferente sunt prezentate în următorul caz clinic:

Caz clinic nr.2. Pacienta V.N., 42 ani, a fost operată 01.10.2006 în mod programat pentru maladie varicoasă în bazinul VSM la extremitatea inferioară stângă, clasa clinică C2,3. IMC la momentul intervenției – 31,91 kg / m². Duplex scanarea preoperatorie nu s-a efectuat. Conform protocolului operației, pacientei sub anestezie generală i s-a efectuat crosectomia în varianta clasică, stripping scurt al VSM, deconectarea epifascială a perforantelor gambei și flebectomia tributarelor varicoase. Perioada postoperatorie – fără particularități. După 2 ani de la intervenția chirurgicală, pacienta a observat reapariția venelor varicoase la extremitatea operată. La examinarea de control a extremității inferioare stângi, în special de-a lungul suprafeței anterior-mediale a coapsei și pe suprafața exterioară a gambei se vizualizează vene varicoase cu diametrul de la 4 la 10 mm. În proiecția plicii inghinale – cicatrice cu lungimea de 7 cm. În timpul duplex scanării pe extremitatea inferioară stângă bontul și trunchiul VSM nu se vizualizau. Direct în vena femurală anastomozează tributara anterioară izolată a VSM, cu diametrul de 7 mm. La efectuarea probei Valsalva în respectiva tributară se determină un flux retrograd exprimat, care se răspândește pe coapsă și gambă. A fost stabilit diagnosticul recidivei postoperatorii a maladiei varicoase, clasa clinică C2. Severitatea insuficienței venoase conform scalei VCSS – 6 puncte (senzații algice 2 puncte, vene varicoase 3 puncte, terapia compresională 1 punct). La evaluarea severității recidivei varicoase conform scalei de rang de 10 puncte SRP pacienta a menționat valoarea de 6 puncte (valoarea 10-SRP la momentul intervenției era de 3 puncte). Pacienta consideră, că intervenția efectuată, nu a adus la ameliorarea stării ei, și respectiv nu a fost justificată. La utilizarea chestionarelor Ve-QOL și ABC-V au fost obținute valori de 70 și 62,5 puncte, respectiv.

Abordările descrise mai sus ale evaluării rezultatului tratamentului chirurgical de pacientul însăși au un caracter complex, deci reflectă în totalitate percepția de către bolnav a aspectelor somatice, psihice, profesionale, sociale etc. ale maladiei. Studiarea mai aprofundată a

fiecareia dintre componentele sănătății este posibil cu ajutorul analizei chestionarelor speciale ale calității vieții. La utilizarea chestionarului Ve-QOL în grupurile noastre de studiu au fost obținute următoarele rezultate (Tabelul 4.5.).

Tabelul 4.5. Rezultatele utilizării chestionarului calității vieții Ve-QOL la bolnavii fără și cu recidivă a maladei varicoase postoperatorii.

Criteriile de evaluare	Scorul mediu			P
	Grup I (n = 65)*	Grup II (n = 44)	Grup III (n = 46)	
Edemul extremității	1,26±2,19	2,38±2,52	4,89±2,47	< 0,0001**
Dificultăți la mers	0,29±1,19	0,34±1,27	2,28±2,73	< 0,0001**
Dificultăți în efectuarea sarcinilor de zi cu zi	0,37±1,32	0,45±1,45	2,5±2,52	< 0,0001**
Durere sau mâncărime la extremitatea inferioară	1,71±2,39	3,29±2,39	5,21±2,34	< 0,01†
„Povară socială”	0,07±0,61	0,11±0,75	0,97±2,0	< 0,01**
Cheltuieli suplimentare	0,07±0,61	0,22±1,05	1,95±3,06	< 0,0001**
Timp pierdut, din cauza bolii	0	0,11±0,75	1,41±2,72	< 0,0001**
Probleme în relațiile interpersonale	0,37±1,32	0,56±1,6	2,93±3,08	< 0,0001**
Reducerea încrederii în sine	0,29±1,19	0,11±0,75	2,3±2,91	< 0,0001**
Limitări în efectuarea exercițiilor fizice sau în odihna activă	0,44±1,43	0,56±1,6	2,82±2,71	< 0,0001**
Suma totală de puncte	4,92±6,65	8,18±7,7	27,3±18,05	< 0,0001**
* - 2 chestionare au fost excluse din analiză ca urmare a completării incomplete;				
** - grup III comparativ cu grupuri II și I;				
† - între toți indicii				

După cum putem observa din datele prezentate în tabel, pacienții cu recidivă „clinică” a maladei varicoase acumulau semnificativ mai multe puncte în toate secțiunile chestionarului Ve-QOL, decât pacienții din I-ul și al II-lea grup. Valoarea medie a scorului total în grupul pacienților fără recidivă a fost mai mică de 5, ceea ce, potrivit afirmației autorilor chestionarului,

corespunde normei (pacienți fără patologie venoasă) [19]. Prin urmare, chiar și în perioada îndepărtată după operație, înlăturarea radicală a refluxului venos patologic ca urmare a tratamentului chirurgical al maladei varicoase contribuie la normalizarea deplină a calității vieții pacientului. Interesant este faptul, că la pacienții cu recidivă „imagistică“ scorul mediu s-a dovedit a fi semnificativ mai mare decât în lotul I numai în evaluarea senzațiilor algice și a pruritului la nivelul membrului operat. Aceste date sunt în concordanță cu rezultatele obținute anterior la analiza scalei VCSS. Se poate concluziona că, utilizând chestionarul VE-QOL, recidiva „imagistică” demonstrează un efect ne semnificativ asupra calității vieții pacienților operați [87]. Cu toate acestea, valoarea medie a scorului total din acest grup, depășește totuși nivelele normale, în principal – din cauza acuzelor la dureri și a altor senzații subiective neplăcute la nivelul membrelor. Spre deosebire de recidiva „imagistică“, cea „clinică“ are un efect negativ semnificativ asupra absolut tuturor aspectelor legate de calitatea vieții a pacientului cu maladie varicoasă. În același timp, trebuie remarcat faptul că valoarea medie a scorului total din grupul al III-lea a fost destul de scăzut. Potrivit autorilor chestionarului, la pacienții cu insuficiență venoasă moderată, suma punctelor de obicei depășește 50, iar în cazul insuficienței venoase severe poate ajunge la 90-100 de puncte [19]. Probabil, asupra acestui indicator, în studiul de față a influențat un număr mic de pacienți incluși cu clasă clinică mai mare de C3, ceea ce am menționat mai devreme.

Spre deosebire de chestionarul Ve-QOL, chestionarul specializat ABC-V este mai adaptat la evaluarea calității vieții pacienților cu maladie varicoasă, necomplicată de insuficiență venoasă cronică [85]. În afară de aceasta, utilizarea chestionarului dat este interesantă prin faptul că este minimizat (4 din 36) numărul de întrebări, relevante pentru descrierea semnelor și simptomelor clinice ale maladei. Sistemul reflectă influența patologiei venoase exclusiv asupra vieții sociale, private și familiale a pacientului. De asemenea, nu trebuie să uităm faptul că, spre deosebire de chestionarul Ve-QOL în acest studiu a fost folosită o versiune validată în limba română a chestionarului ABC-V. Rezultatele evaluării diverselor aspecte ale calității vieții pacienților operați prin intermediul chestionarului ABC-V sunt prezentate în Tabelul 4.6.

În cazul utilizării chestionarului ABC-V au fost stabilite diferențe statistice semnificative între toate cele trei grupuri comparate pentru cinci aspecte ale calității vieții, iar între grupurile I și III – pentru toate secțiunile chestionarului. De remarcat este faptul că pacienții cu recidiva „imagistică“ indică nivelul de suferințe fizice și psihice pe scara VAS, ne semnificativ diferit de indicatorul corespunzător din grupul fără recidivă.

Tabelul 4.6. Rezultatele utilizării chestionarului ABC-V pentru aprecierea calității vieții la pacienții fără și cu recidivă a maladiei varicoase.

Aspect evaluat al calității vieții	Scorul mediu			P
	Grup I (n = 66)*	Grup II (n = 42)*	Grup III (n = 44)*	
Senzații de durere	0,57±0,76	1,19±1,14	2,41±1,63	< 0,05 [†]
Activitate zilnică	0,32±0,59	0,86±0,88	2,35±1,89	< 0,01 [†]
Relațiile personale și familiale	0,42±0,83	0,99±1,13	2,55±1,89	< 0,05 [†]
Activitate profesională	0,39±0,72	0,93±1,01	2,41±1,88	< 0,05 [†]
Impactul psihologic	0,32±0,73	1,09±0,98	2,28±1,75	< 0,01 [†]
Relația cu medicul de familie	0,33±0,74	0,71±0,94	2,5±1,76	< 0,001 ^{**}
Suferințele psihice (VAS)	3,26±1,28	3,68±1,44	5,3±2,16	< 0,001 ^{**}
Suferințele fizice (VAS)	3,23±1,49	3,29±1,7	5,56±2,31	< 0,001 ^{**}
Evaluarea globală (VAS)	2,53±1,43	3,09±1,32	4,95±2,3	< 0,001 ^{**}
Suma totală de puncte	11,49±6,93	15,86±7,66	30,36±16,46	< 0,01 [†]
* - 5 chestionare au fost excluse din analiza datorită completării incomplete;				
** - grup III comparativ cu grupuri II și I;				
† - între toți indicii				

Cu toate acestea, aceiași pacienți au remarcat în mod veridic mai mare, decât în primul grup, impactul bolii pe domenii, cum ar fi: durerea, activitățile zilnice, relațiile personale și familiale, activitățile profesionale și impactul psihologic. În aceste secțiuni ale chestionarului valoarea medie a punctelor acumulate de pacienți cu recidivă „imagistică“ era aproximativ de 2-3 ori mai mare decât la pacienții fără recurență. Generalizând datele prezentate, trebuie să concluzionăm că, prin utilizarea chestionarului ABC-V, s-a relevat un efect semnificativ al recurenței postoperatorii a maladiei varicoase asupra calității vieții pacienților operați. În acest caz, recidiva „clinică“ a maladiei afectează absolut toate aspectele ale calității vieții pacientului, iar severitatea impactului negativ a fost veridic mai mare decât pentru varianta „imagistică“ de recidivă.

Interesant este că pacienții din al doilea grup indică valorile maxime ale punctelor în prima (senzația de durere) și a cincia (impactul psihologic) secțiune a chestionarului, în timp ce

pacienții din al treilea grup – în a treia (relații personale și familiale) și a șasea (relația cu medicul de familie) (Figura 4.1.).

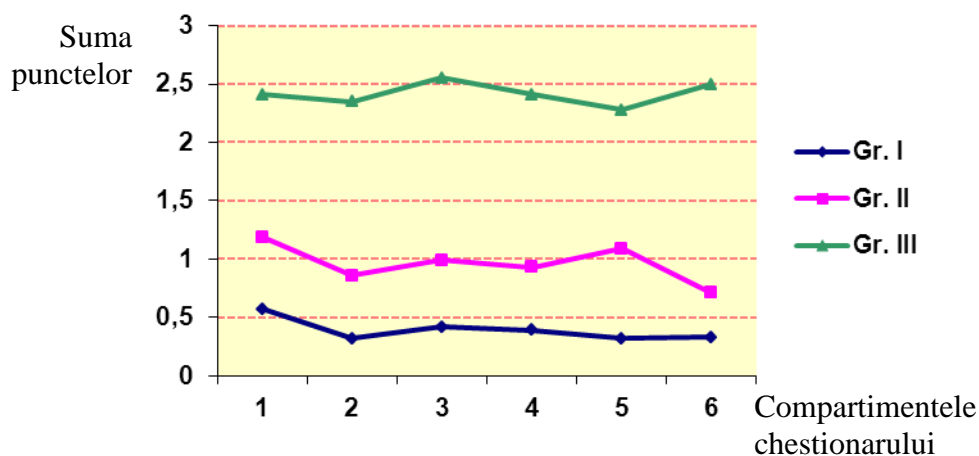


Fig. 4.1. Scorul mediu pe diferite secțiuni ale chestionarului ABC-V în trei grupuri de observații. Compartimentele chestionarului ABC-V: 1 – Senzațiile algice (de durere); 2 – Activitatea cotidiană; 3 – Relațiile familiale și personale; 4 – Activitatea profesională; 5 – Dereglările fiziologice; 6 – Corelațiile cu medicul.

În urma conversației cu pacienții cu recidivă „imagistică“, s-a constatat că această distribuție se datorează originii „necunoscute“ de simptome subiective ale membrului operat. În absența venelor varicoase vizibile, pacienții au aflat de prezența refluxului venos persistent numai după efectuarea duplex scanării. Până la momentul examinării de control, majoritatea pacienților nu au putut explica senzațiile existente neplăcute sau dureroase, care perturbau în mod semnificativ confortul lor psihologic. Dimpotrivă, pacienții cu recidivă „clinică“ nu au avut nici o îndoială în reînțoarcerea sau progresarea simptomaticeii maladiei varicoase existente în antecedente. Cu toate acestea, experiența anterioară a tratamentului chirurgical – necesitatea efectuării examinării preoperatorii, spitalizare și anestezie, tratamentul postoperator cu costurile și inconveniențele acestuia, a avut cel mai mare impact negativ asupra calității vieții pacienților. Mai mult decât atât, rezultatul fără succes al intervenției primare subminează în mod semnificativ încrederea pacientului în eficacitatea intervenției repetate. Deși această problemă este în afara intereselor acestui studiu, trebuie remarcat faptul că doar 2 (7,69%) din 26 de pacienți cu recidivă „clinică“ au fost de acord potențial cu o intervenție repetată „clasică“. În același timp, mai mult de jumătate dintre pacienți – 15 (57,69%) nu a exclus posibilitatea de a efectua o intervenție chirurgicală repetată sub anestezie locală, folosind metode mini-traumatice.

Finisând descrierea datelor, obținute în urma evaluării de către pacient a rezultatului la distanță a intervenției pentru maladia varicoasă, trebuie să se ia în considerare legătura dintre metodele diferite utilizate. La compararea rezultatelor de către pacienți a severității actuale a patologiei venoase conform scalei de rang de 10-puncte SRP și utilizarea chestionarului calității vieții s-a depistat o corelație puternică pozitivă, predominant pentru chestionarul ABC-V: rho Spearman pentru chestionarul Ve-QOL = 0,51 (95% CI 0,38-0,62) și rho Spearman pentru chestionarul ABC-V = 0,63 (95% CI 0,46-0,68). De asemenea, semnificativ mai rău s-au dovedit indicatorii calității vieții după ambele chestionare la pacienții care au răspuns negativ la întrebarea referitor la raționamentul efectuării anterioare a intervenției chirurgicale. Valoarea scorului mediu a chestionarelor Ve-QOL și ABC-V la acești bolnavi a fost $23,36 \pm 20,46$ și $29,02 \pm 18,01$ puncte, respectiv, contra $8,77 \pm 10,44$ și $14,69 \pm 9,06$ puncte la pacienții, care au răspuns „da” la întrebarea „S-a meritat, în opinia dumneavoastră, să acceptați intervenția chirurgicală, pentru maladia varicoasă?”. Astfel, trebuie de conchis, că toate metodele menționate sunt potrivite pentru monitorizarea dinamică a pacienților operați. La decizie întrebării referitor la valoarea clinică a recidivei postoperatorii a maladii varicoase și necesitatea efectuării intervențiilor repetate, este obligatoriu de a efectua nu numai examinarea pacientului și duplex scanarea ultrasonoră a extremității operate, dar și evaluarea complexă a impactului patologiei asupra calității vieții pacientului.

4.3. Concluzii la capitolul 4

1. În baza examinării complexe clinico-instrumentale, rezultatele tratamentului postoperator la distanță ale maladii varicoase a extremităților inferioare pot fi clasificate în trei tipuri: fără recidivă a maladii varicoase – 67 (42,67%) observații; cu recidivă „imagistică”, adică cu prezența refluxului patologic venos și lipsa venelor varicoase vizibile – 44 (28,02%); și cu recidivă „clinică”, adică cu prezența refluxului patologic venos și cu vene varicoase vizibile – 46 (29,29%) observații.
2. Analiza comparativă a datelor clinico-demografice a demonstrat, că masa corporală excesivă la momentul operației, prezența anamnezei familiale a venelor varicoase și perioada îndelungată, mai mult de 6 ore în zi petrecute în ortostatism, sunt factori de risc semnificativi ai dezvoltării recidivei maladii varicoase a extremităților inferioare. Din contra, factorii demografici, constituționali, ereditari și ocupaționali dependenți de pacient nu au influențat asupra persistenței sau recidivării refluxului patologic venos asimptomatic, adică recidiva postoperatorie „imagistică”.

3. Factorul principal semnificativ, care determină dezvoltarea recidivei „clinice” a venelor varicoase în comparație cu bolnavii cu recidivă „imagistică” sau fără recidivă este lipsa duplex scanării preoperator. Astfel, o investigație complexă instrumentală a sistemului venos a extremităților inferioare preoperator cu marcarea punctelor cheie a refluxului venos patologic sunt obligatorii și într-o mare măsură poate preveni recidiva postoperatorie a venelor varicoase.
4. În grupurile de bolnavi cu recidivă „clinică” și „imagistică” a maladiei varicoase, accesul la joncțiunea safeno-femurală s-a efectuat în mediu cu 2 cm mai jos de plica inghinală. Respectiv, cheia realizării cu succes a crosectomiei și prevenirea recidivei maladiei este accesul adecvat la joncțiunea safeno-femurală, efectuată pe linia plicii inghinale.
5. Frecvența și durata utilizării postoperatorii a compresiei elastice nu a influențat, și probabil, nu este în măsură să îmbunătățească rezultatele tratamentului la distanță a bolnavilor cu maladie varicoasă. Utilizarea preparatelor flebotonice cu scopul de a preveni recidiva postoperatorie a maladiei varicoase nu este efectivă, iar administrarea acestora în perioada postoperatorie la distanță nu este indicată cu excepția cazurilor de reapariție a simptomaticii maladiei varicoase ale membrelor inferioare.
6. În evaluarea influenței patologiei venoase asupra vieții publice, private și de familie a pacientului în perioada postoperatorie, folosind chestionarul ABC-V, diferențele statistice semnificative între toate grupurile cu recidivă „clinică” și „imagistică”, la fel și fără recidivă au fost stabilite pentru 5 aspecte ale calității vieții: senzațiile algice, activitatea de zi cu zi, precum și relațiile personale și familiale, activitățile profesionale și impactul psihologic.
7. Conform unei evaluări complexe a severității maladiei venoase și a calității vieții pacienților după o intervenție chirurgicală conform sisteme 10-SRP, ABC-V și VE-QOL s-a constatat că recidiva „imagistică” a maladiei varicoase este clinic și social semnificativă, chiar și fără a fi însoțită de manifestările externe ale bolii. Simptomele subiective ascunse ale maladiei venoase, cum ar fi durerea și disconfortul la nivelul membrului operat, limitarea activității sociale, pot fi detectate în timp cu ajutorul chestionarelor specializate cu mult înainte de manifestarea clinică a recidivelor.
8. La evaluarea semnificației clinice a recidivei postoperatorii a maladiei varicoase și necesității efectuării intervențiilor chirurgicale repetate trebuie efectuat nu numai examenul pacientului și duplex scanarea ultrasonoră a extremității operate, dar și evaluarea complexă a influenței patologiei venoase asupra calității vieții pacientului cu ajutorul chestionarelor specializate.

SINTENZA REZULTATELOR OBȚINUTE

Maladia varicoasă a membrelor inferioare este o patologie foarte frecvent întâlnită [9, 22, 138]. Conform noilor cercetări, de la 20% până la 30% din adulții de pe glob suferă de maladie varicoasă [13, 68, 73]. În unele studii și grupe separate ale populației maladia varicoasă poate atinge 60% [46]. Se constată că patologia este mai frecvent întâlnită la femei decât la bărbați [76, 97, 142].

Mecanismul de bază al dilatării varicoase este refluxul venos patologic, care provoacă hipertensiune venoasă și determină severitatea tulburărilor hemodinamice, simptomatologia clinică specifică, precum și instalarea sindromului insuficienței venoase cronice (IVC) [49, 124, 150]. În pofida introducerii în practică a numeroaselor tipuri de intervenții endovenoase, inclusiv a ablației termice și chimice a venelor superficiale și perforante [52, 73], metoda de bază de corecție a maladii varicoase este intervenția chirurgicală clasică „deschisă” [58].

Cu toate acestea o problemă comună după intervențiile chirurgicale la pacienții cu maladia venoasă cronică sunt venele varicoase reziduale și recidivante [23, 112]. În marea majoritate a publicațiilor științifice se raportează o rată a recurenței după intervenția chirurgicală de 20-40% [126, 131, 135]. Totodată, în unele studii varicele recurente au fost depistate în 50-60% cazuri [13, 33, 68], sau chiar în 80% [74, 112]. Aceasta se explică atât prin diferențele în definirea recidivei propriu-zise, cât și prin varietatea metodelor chirurgicale de tratament, evaluarea bolnavilor după intervenție într-un volum diferit, fără utilizarea unor metode analogice de investigație clinică și imagistică la etapa postoperatorie, dar și durata neomogenă a perioadei de observație [124, 126].

Introducerea pe scară largă a metodelor non-invazive de diagnosticare a patologiei venoase, precum duplex scanarea ultrasonoră, nu numai că a oferit un instrument nou și eficient pentru monitorizarea rezultatelor postoperatorii [124, 138], dar a schimbat și viziunile referitoare la mecanismele de dezvoltare a recidivei venelor varicoase [74, 138].

În pofida incidenței înalte a recurenței postoperatorii a venelor varicoase ale membrelor inferioare, etiologia și patogeneză dezvoltării acestora nu sunt pe deplin înțelese [11]. Au fost propuse numeroase teorii referitoare la mecanismele și cauzele de bază ale recidivării varicelor [5, 74]. În mod tradițional și cel mai frecvent dezvoltarea recurenței varicoase se explică prin carențele în diagnosticul preoperator și cele ce țin de tehnica chirurgicală [43, 138]. De asemenea, se menționează rolul factorilor de risc, care duc la dezvoltarea și progresarea maladii varicoase, incluzând ereditatea, sarcina și nașterea, terapia hormonală, obezitatea și particularitățile activității profesionale [96, 110]. În pofida varietăților considerabile ale

caracteristicilor anatomo-hemodinamice și divergențelor de opinii cu privire la etiologia venelor varicoase recurente, cauzele dezvoltării ultimilor pot fi împărțite în patru grupe de bază: erori tehnice, erori tactice, progresarea maladiei și fenomenul de neovascularizare [5, 11, 33, 74, 110]. Diagnosticul modern al varicelor recidivante se bazează pe principii standardizate ale forumurilor internaționale REVAS și VEIN-TERM ce presupune utilizarea metodelor clinice (anamneza, determinarea factorilor de risc și examinarea obiectivă) și imagistice (scanarea duplex), uneori în scopurile științifice sunt aplicate pletismografia și varicografia de contrast.

Așadar, rămâne neclară frecvența adevărată a recurenței varicelor după tratamentul chirurgical al maladiei varicoase a membrelor inferioare, precum și influența caracterului și a severității tulburărilor hemodinamicii venoase postoperatorii asupra dezvoltării recidivei propriuzis.

Scopul studiului curent a constituit ameliorarea rezultatelor tratamentului chirurgical al bolnavilor cu maladie varicoasă a membrelor inferioare, în baza identificării factorilor de risc ai persistenței sau recurenței simptomelor clinice și a tulburărilor hemodinamice venoase în perioada postoperatorie tardivă.

Pe parcursul efectuării cercetării au fost formulate următoarele obiective:

- Studierea frecvenței dezvoltării recidivei „clinice” și „imagistice” a maladiei varicoase a membrelor inferioare în perioada postoperatorie tardivă.
- Sistematizarea cauzelor și diferitor variante ale maladiei varicoase recidivante a membrelor inferioare în baza evaluării imagistice a tulburărilor hemodinamicii venoase.
- Stabilirea corelației dintre severitatea simptomelor insuficienței venoase cronice la bolnavii cu recidivă postoperatorie a venelor varicoase și caracterul și gradul tulburărilor hemodinamice venoase în extremitatea operată.
- Identificarea factorilor clinico-instrumentali semnificativi pre-, intra- și postoperatori, care determină rezultatele tratamentului chirurgical al bolnavilor cu maladie varicoasă a membrelor inferioare.
- Evaluarea în baza chestionarelor specializate pentru patologia venoasă a influenței refluxului venos patologic recidivant asupra calității vieții pacienților operați.
- Elaborarea modalităților de ameliorare a rezultatelor la distanță ale tratamentului chirurgical al maladiei varicoase a membrelor inferioare.

Studiul de față se bazează pe o analiză retrospectivă a fișelor medicale și examinarea ulterioară a 110 pacienți (157 extremități inferioare) cu maladie varicoasă primară, spitalizați și operați prin metoda clasică „deschisă” în Clinica Chirurgie Generală și Semiologie nr. 3 pe parcursul perioadei de opt ani: din 2000 până în 2007.

În lucrare au fost incluse toate cazurile de tratament chirurgical al maladiei varicoase a membrelor inferioare, fără a lua în considerare gradul de insuficiență venoasă cronică, datele demografice ale bolnavilor, volumul intervenției chirurgicale și metoda de anestezie folosită. Toți bolnavii au fost supuși tratamentului chirurgical clasic prin metoda „deschisă”, deci fără a fi folosite operații minim invazive în corecția refluxului venos profund.

La etapa analizei retrospective au fost studiate 416 fișe medicale. În procesul de examinare a fișelor medicale 68 dintre acestea au fost abandonate pe motivul lipsei, sau informației neconcludente asupra unor date necesare: lipsa unui anamnezic detaliat al maladiei varicoase, ori factori predispozanți ce ar duce la progresarea sau apariția acesteia; manifestările clinice ale patologiei la momentul internării; descrierea intraoperatorie a factorilor anatomici specifici modificați în sistemul venos a membrelor inferioare, dar și a volumului și particularităților tehnicii întru efectuarea intervenției chirurgicale. Mai mult decât atât, 25 de pacienți sub pretextul diferitor motive au refuzat să participe în studiu.

Dintre cei 348 de pacienți invitați doar 110 (31,6%) au fost de acord să participe la studiu, ceea ce se explică prin procesul de migrație a populației Republicii Moldova, perioadă suficient de îndelungată de la momentul operației până la studierea rezultatelor pe termen lung (în medie de $82,01 \pm 1,7$ luni), precum și alți factori. Cu toate acestea, prezentarea aparentă scăzută a pacienților la acest studiu retrospectiv corespunde celor menționate în literatura medicală specializată.

Datele extrase din fișele medicale ale pacienților operați și obținute în timpul examinării într-o perioadă de control la distanță după operație au fost incluse într-o bază special creată în programul Excel și supuse analizei statistice. În studiu datele sunt prezentate în valori și proporții absolute, printre valorile care indică deviația standardă și 95% interval de încredere sau mediane care indică 25%-75% intervalul intercuartilic. Corectitudinea distribuirii datelor a fost evaluată folosind testul D'Agostino-Pearson, folosind pentru analiza ulterioară metoda statisticii parametrice și neparametrice. Pentru comparația valorilor medii s-a folosit t-testul bilateral impar cu corectări după Welch sau testul Mann-Whitney, iar pentru compararea proporțiilor testul de exactitate Fisher. Pragul de semnificație statistică este considerată valoarea $p < 0,05$.

Examinarea de control a fost efectuată în perioada anilor 2009-2013. La momentul examinării valoarea medie a intervalului de timp scurs de la momentul operației a fost de $82,01 \pm 1,7$ luni (95% CI 78,65 – 85,38). Termenul minimal de urmărire a constituit 45 de luni, iar cel maximal – 155 de luni. Conform documentului de consens al Societății Internaționale de Flebologie termenii de monitorizare postoperatorie a pacienților cu maladie varicoasă se clasifică: pe termen scurt – 1 an după intervenția chirurgicală; intermediar – 2-3 ani, și la distanță

– 5 sau mai mulți ani [32]. Există mai multe recomandări precum că, pentru un studiu complet al rezultatelor pe termen lung și pentru a obține concluzii veridice, examinarea clinică repetată și scanarea duplex ar trebui să fie efectuate în termeni de cel puțin 5 ani după intervenția chirurgicală inițială [34, 35, 110]. În studiul prezent perioada de observație de 3 ani era depășită în toate cazurile, iar 5 ani – 126 (80,25%) cazuri. Astfel, concluzionăm că, în cele mai multe cazuri, au fost studiate rezultate semnificative pe termen lung a tratamentului chirurgical.

Majoritatea pacienților incluși în studiu au fost femei (68,18%), ceea ce corespunde epidemiologiei internaționale a maladiei varicoase. Vârsta medie a pacienților la momentul efectuării intervenției chirurgicale a fost de $48,30 \pm 11,79$ ani (interval în vârstă de 19 până la 70 ani), fără diferență statistică între persoane de sex masculin și feminin. La momentul efectuării examenului de control vârsta pacienților a variat de la 24 la 77 ani și în medie $54,91 \pm 11,88$ ani (95% CI 52,65 - 57,16). Vârsta medie a pacienților de sex feminin – $54,20 \pm 10,72$ ani și bărbați – $56,40 \pm 14,08$ ani nu au fost statistic diferite ($p > 0,05$).

Examinarea clinică a pacientului include o examinare în poziție verticală a acestuia. În timpul examinării în primul rînd s-a atras atenția asupra prezenței venelor varicoase ale membrelor operate, determinate conform recomandărilor concensuale internaționale VEIN-TERM ca prezența vaselor venoase subcutanate sinusoidale cu diametrul de 3mm și mai mult [40].

În funcție de rezultatele examinării pacientului era determinată și atribuită prezența semnelor clinice și / sau a celor ultrasonografice de prezență a semnelor recidivei a maladiei varicoase. Criteriul clinic de recurență postoperatorie a maladiei varicoase era considerat la momentul examenului clinic clasa C2, adică vene varicoase pe membrul operat. Diagnosticul de recurență era stabilit indiferent de faptul că varicele era nou format sau persistent în timpul intervenției chirurgicale. Recidivă era considerată venele varicoase situate în zona de intervenție a membrelor, precum și în zona altor bazine venoase.

Persistența sau creșterea gradului clinic C, comparativ cu cel pre-operator, dar în lipsa la momentul controlului a venelor varicoase nu au fost considerate ca recidivă a maladiei varicoase. De regulă la astfel de pacienți în urma investigației instrumentale se atestă insuficiență venoasă recidivantă „imagistică” sau „ultrasonoră”. Criteriul ultrasonor de recurența a fost considerat prezența refluxului venos patologic în orice zonă a sistemului venos a membrului operat.

Conform clasificării CEAP la momentul examenului de control extremitățile operate au fost repartizate în modul următor: clasa clinică C0 – 86 (54,77%), clasa C1 – 18 (11,46%), clasa C2 – 4 (2,54%), clasa C3 – 34 (21,65%), clasa C4 – 9 (5,73%), clasa C5 – 4 (2,54%) și C6 clasa

– 2 (1,27%) de observare. Astfel, manifestările clinice obiective ale maladii varicoase și a IVC lipseau în mai mult de jumătate de cazuri – 104 (66,24%) membre inferioare.

Suma totală a punctelor conform scalei VCSS se deosebea pentru membrele cu clasă clinică diferită după CEAP și a constituit: 1,02±0,94 puncte – în clasa C0; 1,05±0,93 puncte – în clasa C1; 4,5±1,29 puncte – în clasa C2; 4,73±0,82 puncte – în clasa C3; 3,66±3,27 puncte – în clasa C4; 3,0±5,35 puncte – în clasă C5, și 15,5±4,95 puncte – în clasa C6.

Comparând rezultatele obținute utilizând testul Kruskal-Wallis și post-testul Dunns diferență statistică semnificativă a fost stabilită numai în următoarele cazuri: clasă clinică C0 contra claselor C2, C3, C6 și de asemenea clasă clinică C1 contra clasei C3. Astfel, prezența patologiei venoase cronice este însoțită de agravarea semnificativă a simptomatiei clinice subiective și obiective.

În grupa generală a pacienților examinați au fost depistate următoarele caracteristici cantitative a factorilor potențiali de risc în dezvoltarea și progresarea maladii varicoase, de asemenea severitatea acesteia: masa corporală excesivă (MCE mai mare 24,9 kg/m²) a fost prezentă la 80,9% pacienți, în acest caz, gradul I de obezitate a fost diagnosticat la 21 (19,09%) pacienți, gradul II la – 11 (10%) și gradul III – la 3 (2,72%) pacienți.

Durata de existență a venelor varicoase la momentul efectuării intervenției chirurgicale a constituit în mediu 19,34±11,46 ani, anamnesticele familiale pozitive al maladii varicoase stabilite la 53,63% pacienți, preponderent practicau lucru fizic 62,72% bolnavi, mai mult de 6 ore pe zi petreceau în ortostatism 63,63%, doar 32,72% pacienți până la operație periodic sau permanent foloseau terapie compresională elastică. Numărul de sarcini a variat de la 1 la 10, valoarea mediană – 2 (1-4) sarcini și numărul de nașteri – de la 1 la 4, valoarea mediană – 2 (1-2) nașteri. La 8 (10,66%) din 75 de pacienți de sex feminin graviditățile și nașterile lipseau.

Analiza comparativă a datelor clinico-demografice a arătat, că masa corporală excesivă la momentul operației, prezența anamnezei familiale a venelor varicoase și perioada îndelungată, mai mult de 6 ore în zi, petrecute în ortostatism sunt factori de risc semnificativi al dezvoltării recidivei maladii varicoase a extremităților inferioare.

Maladii cronice concomitente semnificative au fost diagnosticate la momentul intervenției chirurgicale la 35 (31,81%) pacienți. Cel mai des au fost depistate următoarele patologii: hipertensiunea arterială – 17 (15,45%) din cazuri, patologii pulmonare obstructive cronice – 6 (5,45%) cazuri, afectarea glandelor endocrine – 6 (5,45%), ulcerul gastroduodenal cronic – 4 (3,63%) cazuri, hepatita cronică – 3 (2,72%), cardiopatia ischemică a cordului – 1 (0,9%) cazuri. La 2 (1,81%) dintre pacienții la internare a fost observată prezența mai multor patologii concomitente.

În marea majoritate a cazurilor operațiile erau efectuate în bazinul venei safena magna (98,72% membre inferioare), în bazinul venei safena parva operate 3,82% extremități. Operație bilaterală simultană a fost efectuată la 37,27% pacienți. Tratamentul chirurgical al maladiei varicoase practic a avut aceeași frecvență pe membrul inferior drept – 80 (50,95%) cât și pe stâng – 77 (49,04%) cazuri. Pe 4 (2,54%) extremități operația a fost efectuată simultan în ambele bazine venoase. În acest studiu majoritatea pacienților 81 (73,63%) au fost operați în mod programat. Diagnoza de tromboflebită acută a fost stabilită la 29 (18,47%) extremități, care au fost operate în regim de urgență.

Accesul către joncțiunea safeno-femurală se efectua pe linia plicei inghinale aproximativ în jumătatea observațiilor – 80 (50,95%) extremități. În cazurile, în care se efectua acces infrainghinal, distanța de la linia plicei inghinale până la linia inciziei varia de la 1 până la 4 cm. și alcătuia în mediu $2,55 \pm 0,73$ cm. (95% CI 2,39 – 2,72). Valoarea mediană a lungimii accesului către joncțiunea safeno-femurală constituia 7 (6-7) cm, iar lungimea minimală și maximală constituia 3cm și 12cm, respectiv.

La pacienții cu maladie varicoasă în bazinul VSM se efectuau diferite modificări tehnice ale tratamentului „clasic” operativ – crosectomie (deconectarea joncțiunii safeno-femorale și a tuturor ramurilor tributare ale acesteia), și stripping (înlăturarea trunchiului venos principal), în combinație cu flebectomia (înlăturarea tributarelor varicoase) și deconectarea venelor perforante incompetente. Intervențiile chirurgicale pe VSM au fost efectuate la toate 157 de extremități, incluzând 2 cazuri de afectare izolată a VSP și un caz – a refluxului în tributara anterioară a VSM.

Flebectomia tributarelor varicos dilatate ale venelor magistrale subcutanate a fost efectuată pe majoritatea extremităților – 143 (91,08%) observații. În toate aceste cazuri flebectomia se efectua la nivelul gambei, iar în 14 (9,79%) cazuri de asemeni și la nivelul coapsei. Venele perforante mediane incompetente ale coapsei au fost deconectate în timpul operației la 9 (5,73%) extremități, iar perforantele incompetente ale gambei – la 51 (32,48%) extremități. În marea majoritate ale observațiilor – 49 (96,07%) ligaturarea perforantelor gambei s-a efectuat epifascial.

Complicații postoperatorii au fost înregistrate la 5 (4,54%) pacienți: neuropatie senzorială – 3 cazuri, infecția a plăgii postoperatorii – 1 caz și pneumonie postoperatorie – 1 caz. Durata medie a internării postoperatorii în grupa de studiu a constituit $5,24 \pm 2,95$ zile (95% CI 4,77 – 5,70).

Deoarece maladia varicoasă este o boală cronică care progresează constant, este logic să presupunem că durata anamnezei „varicoase” trebuie să crească proporțional cu creșterea clasei

clinice după CEAP. Valoarea medie a intervalului de timp din momentul apariției primelor simptome a bolii până la momentul intervenției chirurgicale în acest studiu a constituit $19,8 \pm 12,68$ ani – conform clasei clinice C2; $17,94 \pm 9,91$ ani – conform clasei clinice C3; $20,73 \pm 12,79$ ani – conform clasei clinice C4; $36 \pm 10,10$ ani – conform clasei clinice C5; și $21 \pm 12,19$ ani – conform clasei clinice C6.

În pofida duratei mai lungi a maladiei care se atestă în IVC severă testul Kruskal-Wallis, completat cu post-testul multiplelor comparații după Dunn, nu a arătat nici o diferență statistic semnificativă între toate valorile prezentate ($p > 0,05$).

Intervenția chirurgicală a fost însoțită de scăderea clasei clinice inițiale conform clasificării CEAP pe 74,5% extremități, cu păstrare la același nivel pe 19,1% și cu mărirea – pe 6,36% extremități. Factorii, ce se asociază cu păstrarea ori creșterea clasei clinice pe termen lung, au fost pacienți supraponderali la momentul operației și neefectuarea preoperatorie a duplex scanării.

Durata de spitalizare a pacienților în staționar a variat de la 2 la 22 de zile, valoarea mediană a fost de 6 (5-8) zile.

Schema examinării pacienților prevede efectuarea scanării Doppler-duplex cu studierea anatomiei sistemului venos a membrului operat și caracteristicile fluxului de sânge venos conform recomandărilor consensului Internațional.

Studierea imagistică a dereglărilor hemodinamice în perioada postoperatorie a permis să stabilim sursele de bază ale refluxului patologic din sistemul venos profund în cel superficial (în ordine descrescătoare în funcție de gradul de importanță): incompetența JSF și a tributarelor acesteia; venele incompetente ale coapsei; JSP incompetentă; venele bazinului mic incompetente, regiunii inghinală și perineale; incompetența venei fosei popliteale; perforantele mediale incompetente din treimea superioară a gambei.

La examinarea cu ultrasunet a extremităților operate în marea majoritate a cazurilor – 102 (64,96%) în regiunea inghinală a fost vizualizat bontul VSM de diferite lungimi: de la 3 până la 30 mm (valoarea mediană 8mm). Totuși incompetența aparatului valvular a bontului rămas după operația a fost depistată doar la 31 (30,39%) observații. În așa fel, în două treimi cazuri bontul excesiv al VSM nu era sursa refluxului patologic și deci nu avea semnificație clinică.

Deși păstrarea bontului excesiv restant a VSM sau al tributarelor ei în cazul incompetenței valvei terminale trebuie calificată ca un neajuns tehnic semnificativ în realizarea intervenției chirurgicale, o greșeală mult mai brutală este păstrarea joncțiunii safeno-femorale intacte și trunchiul VSM pe coapsă. În acest studiu, crosa anatomic ne modificată și regiunea proximală a VSM au fost vizualizate la duplex scanarea de controlul pe 8 extremități, ceea ce

constituie 5,09% din numărul total de observații și 15,68% din numărul total de cazuri a recidivei refluxului în regiunea joncțiunii safeno-femorale

Printre pacienții, examinați cu ajutorul duplex scanării, refluxul patologic venos în bazinul VSM a fost diagnosticat la 34 (91,89%) extremități, iar în bazinul VSP – 4 (10,81%). La 2 (5,4%) extremități refluxul a fost diagnosticat la ambele vene magistrale subcutanate și încă la o extremitate a fost descoperită incompetența tributarei anterioare al VSM.

Incompetența valvei suprasafeniene a venei femurale comune se atesta la 26 (70,27%) cazuri. În acelaș timp cu aceeași frecvență refluxul patologic venos a fost clasificat ca ne semnificativ (13 extremități) și ca moderat (13 extremități).

Venele perforante incompetente a gambei au fost vizualizate în timpul duplex scanării la 19 (51,35%) din extremitățile investigate, iar numărul lor varia de la 1 la 3. Numărul mediu ale perforantelor incompetente și diametru mediu la extremitățile cu clasele clinice C2-C3 și C4-C6 nu diferă în mod semnificativ: 0 (0-1) vene versus 1 (0-1) vene și $4,38 \pm 0,73$ mm (95% CI 3,96 – 4,81) versus la $4,9 \pm 0,96$ mm (95% CI 3,7 – 6,09), respectiv ($p > 0,05$ în ambele cazuri).

Este bine cunoscut, ca fenomenul de neovascularizare se dezvoltă, ca regulă, la bolnavii, la care în timpul intervenției primare a fost efectuată tehnic o crosectomie „impecabilă”. În așa fel, chirurgul, care a efectuat operația pentru maladia varicoasă în bazinul VSM, se află între doua focuri: adandonul unui bont excesiv asociat cu riscul păstrării refluxului prin tributarele acesteia, iar înlăturarea totală a joncțiunii safeno-femorale – cu riscul dezvoltării neovascularogenezei.

Pentru soluționarea acestei probleme, mai mulți autori au propus modificarea tehnicii clasice a crosectomiei cu scopul micșorării frecvenței fenomenului de neovascularizare - păstrarea tributarelor ascendente, suturarea bontul VSM sau marginile fasciei în regiunea „ferestre ovale”, implantarea peticelor din silicon sau din politetrafluoretilenă și alte metode [6, 50, 128].

Deși rolul acestor metode rămân în continuare un subiect de studiu științific, trebuie de menționat, că în acest studiu frecvența diagnosticării fenomenului de neovascularizare printre bolnavii cu tehnica crosectomiei modificate s-a dovedit a fi semnificativ mai mică – 1/67 (1,49%) cazuri în comparație cu 8/90 (8,88%) cazuri, remarcate la efectuarea variantei clasice a deconectării joncțiunii safeno-femorale ($P = 0,048$, test χ^2).

Pe baza examinării complexe clinico-instrumentale rezultatele tratamentului postoperator la distanță a maladiei varicoase a extremităților inferioare pot fi clasificate în trei tipuri: fără recidivă a maladiei varicoase – 67 (42,67%) observații; cu recidivă „imagistică”, deci cu prezența refluxului patologic venos și lipsa venelor varicoase vizibile – 44 (28,02%); și cu

recidivă „clinică”, deci cu prezența refluxului patologic venos și cu vene varicoase vizibile – 46 (29,29%) observații.

Este important, că grupele de bolnavi formate s-au dovedit comparabile după termenul efectuării examenului de control din momentul tratamentului chirurgical primar al maladiei varicoase a extremităților inferioare (de la 79,3 până la 86,6 luni), ceea ce exclude impactul posibil a duratei diferite de monitorizare a pacienților asupra evaluării rezultatelor tratamentului.

Examenul obiectiv al pacienților în mediu peste 7 ani după operație a depistat prezența recidivei clinice al maladiei varicoase a membrelor inferioare în 29,29% observații, ce corespunde frecvenței recurenței raportate în literatura medicală mondială.

La examenul de control, venele varicoase au fost depistate mai des la nivelul gambei decât la nivelul coapsei: 42 (91,3%) și 35 (76,08%) cazuri, respectiv ($p > 0,05$). Afectarea concomitentă varicoasă în regiunea coapsei și a gambei a fost observată la 31 (67,39%) extremități operate. Inspecția membrelor era finalizată cu studierea amplasării, numărul și lungimea cicatricelor postoperatorii.

În evaluarea severității „complexului varicos” conform scalei VCSS au fost obținute următoarele rezultate: grad ușor – 14 (30,43%) din 46 membre cu recidivă, gradul mediu – 21 (45,65%) membre, și grad sever – 11 (23,91%) membre. Este interesant faptul, că gravitatea simptomelor subiective al IVC nu numai că nu a crescut, odată cu creșterea severității venelor varicoase, dar din contra ușor s-a diminuat și în medie a constituit $1,21 \pm 0,8$ (95% CI 0,75 – 1,67) puncte VCSS, expresia ușoară a „complexului varicos”, $1,09 \pm 0,43$ (95% CI 0,89 – 1,29) puncte VCSS – la mediu și $0,81 \pm 0,75$ (95% CI 0,31 – 1,32) punctele VCSS – în cazul celei grave.

Pentru evaluarea complexă a calității vieții și obiectivizarea rezultatelor la distanță ale tratamentului chirurgical al maladiei varicoase, în acest studiu au fost folosite trei scoruri specializate: VDS (*Venous Disability Score*), care este o parte componentă a clasificării CEAP, scala de evaluare a calității vieții pacientului cu insuficiență venoasă Ve-QOL (*Venous Quality Of Life*) [19] și chestionarul ABC-V (*Assessment of Burden in Chronic Venous Disease*), ce au permis studierea multilaterală a influenței patologiei venoase asupra vieții sociale, personale și familiale a pacientului, de asemenea aspectele economice și psihologice a calității vieții.

Semnificația medie VDS în grupa bolnavilor cu recidivă „clinică” a constituit $1,21 \pm 0,46$ puncte și s-a dovedit semnificativ mai mare, decât în grupa a I-a și a II-a de observații ($p < 0,0001$). Indicatorul, primit la bolnavii cu recidivă „imagistică”, s-a dovedit puțin mai mare, decât în cazul lipsei recidivei: $0,61 \pm 0,49$ puncte și $0,4 \pm 0,49$ puncte, respectiv ($p > 0,05$). Astfel, se poate de presupus, că numai recidiva „clinică” dereglează semnificativ capacitatea de muncă a pacienților.

În cazul utilizării chestionarului ABC-V statistic au fost stabilite diferențe semnificative între cele trei grupe examinate pentru cinci aspecte ale calității vieții, și între grupele I-a și a III-a – pentru toate secțiunile chestionarului. Trebuie de remarcat faptul că pacienții cu recidiva „imagistică“ indică nivelul de suferințe fizice și psihice pe scara VAS, ne semnificativ diferită de indicatorul corespunzător din grupul fără recidivă. Cu toate acestea, aceiași pacienți au remarcat în mod semnificativ mai mult, decât în grupa I-a impactul bolii pe domenii, cum ar fi: durere, activitățile zilnice, precum și relațiile personale și familiale, activități profesionale și impactul psihologic. În aceste secțiuni ale chestionarului valoarea medie a punctelor acumulate de pacienți cu recidiva „imagistică“ era aproximativ 2-3 ori mai mare decât la pacienții fără recurență.

Astfel, cercetarea curentă, efectuată pe un material clinic mare, luând în considerație patologia abordată a permis, studierea și descrierea celor mai frecvente cauze ale recidivei în urma tratamentului chirurgical al maladiei varicoase. Au fost depistate cauzele imagistice ale refluxului venos patologic ca factor contribuabil la apariția recidivei varicoase.

În planul cercetărilor de perspectivă se programează implementarea în practică la bolnavii cu maladie varicoasă a membrilor inferioare, examinarea preoperatorie complexă care trebuie să includă în mod obligatoriu duplex scanarea sistemului venos cu identificarea preoperatorie și marcarea surselor și a căilor de răspândire a refluxului venos patologic. Utilizarea mai largă a tehnicilor intervenționale mini invazive, a ablației termice și chimice a venelor varicoase și nu în ultimul rând a scleroterapiei. Aceste priorități asigură continuitatea față de obiectivele stabilite în cercetarea efectuată.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

CONCLUZII GENERALE

1. Rezultatele la distanță ale tratamentului chirurgical al varicelor membrelor inferioare se caracterizează printr-o frecvență foarte înaltă a recidivei, ce este potrivit de a fi divizată în cea „clinică”, identificată în urma examinării obiective (29,29% observații), și „imagistică”, documentată de aproximativ două ori mai frecvent (57,32%) în prezența diferitor variante de reflux venos patologic la duplex scanarea de control [59, 88].
2. Examenul duplex ultrasonor preoperator deplin al sistemului venos al membrelor inferioare cu depistarea caracteristicilor refluxului venos patologic, și planificarea individuală a metodelor de corecție chirurgicală a acestuia, va permite ameliorarea rezultatelor tratamentului la distanță și micșorarea riscului de dezvoltare a recidivei postoperatorii a venelor varicoase.
3. Efectuarea standardizată a intervenției chirurgicale, fără a considera particularitățile hemodinamicii venoase, este însoțită de o frecvență ridicată a erorilor tactice și tehnice (crosectomie incompletă, înlăturarea VSM segmentar competentă, neînlăturarea refluxului prin VSP, deconectare neargumentată și excesivă a venelor perforante ale gambei), și reprezintă unul dintre factorii determinanți ai recurenței venelor varicoase în perioada postoperatorie [89].
4. Dereglările hemodinamicii venoase în perioada postoperatorie tardivă se caracterizează printr-o varietate mare de surse ale refluxului patologic, identificate imagistic, din sistemul venos profund în cel superficial al membrelor inferioare, iar gradul de exprimare al acestora în multe cazuri nu corespunde severității clinice a simptomaticii venoase la pacienții operați [88].
5. Principalele cauze de dezvoltare a recidivei „imagistice” a refluxului venos patologic fără apariția venelor varicoase vizibile pe membrele inferioare în perioada postoperatorie tardivă sunt fenomenul de neovascularizare și progresarea maladiei [86].
6. Unicele metode, capabile să reducă probabilitatea de dezvoltare a recurenței „clinice” a maladiei varicoase după tratamentul chirurgical sunt controlul masei corporale și micșorarea timpului petrecut zilnic în ortostatism, iar în unele circumstanțe – scăderea influenței refluxului pelvian, legat de sarcină și naștere. Alte măsuri medicale, inclusiv utilizarea

compresiei elastice și administrarea medicamentelor flebotonice, nu sunt capabile să prevină recidiva postoperatorie a venelor varicoase și să înlăture influența refluxului venos patologic.

7. Nu doar recidiva „clinică”, dar și cea „imagistică” a maladiei varicoase postoperatorii posedă o semnificație clinică veridică și exercită un efect negativ asupra componentei somatice și psiho-sociale a calității vieții pacienților, chiar și în absența manifestărilor obiective ale varicelor recurente [85, 87].

RECOMANDĂRI PRACTICE

1. Pentru planificarea volumului intervenției chirurgicale în caz de maladie varicoasă a membrelor inferioare examinarea complexă a bolnavilor trebuie să includă în mod obligatoriu duplex scanarea sistemului venos cu identificarea preoperatorie și marcarea surselor și a căilor de răspândire a refluxului venos patologic.
2. Duplex scanarea ultrasonoră în perioada postoperatorie este rațional să se efectueze conform protocolului standardizat, care include depistarea eventualului reflux venos patologic în venele superficiale și profunde, măsurarea diametrului venelor subcutanate, evaluarea caracteristicilor postoperatorii ale zonei joncțiunii safeno-femorale, semnelor imagistice ale fenomenului de neovascularizare, incompetenței venelor perforante, stării sistemului venos profund al membrelor inferioare, precum și prezenței varicelor non-safeniene.
3. Recomandările pentru bolnavii după tratamentul chirurgical al maladiei varicoase trebuie să includă micșorarea timpului petrecut zilnic în ortostatism și controlul masei corporale, ca singurele metode, capabile să preîntâmpine sau micșoreze probabilitatea dezvoltării recidivei maladiei.
4. În timpul efectuării intervenției chirurgicale pentru venele varicoase ale membrelor inferioare, o atenție deosebită trebuie acordată prevenirii erorilor tactice și tehnice tipice: crosectomia incompletă, înlăturarea VSM segmentar competente, efectuarea stripping-ului lung în cazurile prezenței doar a refluxului segmentar prin VSM, reflux neînlăturat prin VSP, întreruperea neargumentată a venelor perforante ale gambei.
5. Pentru o evaluare complexă a calității vieții și obiectivizarea rezultatelor la distanță ale tratamentului chirurgical al maladiei varicoase a membrelor inferioare este necesară utilizarea de comun a scalelor specializate: scala de rang de 10 puncte SRP, VDS, Ve-QOL și ABC-V, ceea ce permite obținerea unei imagini multilaterale referitoare la impactul patologiei venoase nu doar asupra sănătății somatice, ci și asupra vieții sociale, personale și familiale a pacientului, precum și aspectele psihologice și economice ale calității vieții.
6. În evaluarea semnificației clinice a recidivei postoperatorii a maladiei varicoase și necesității efectuării intervențiilor chirurgicale repetate este necesar să se efectueze nu doar examinarea clinică a pacientului și duplex scanarea ultrasonoră a membrului operat, ci și evaluarea complexă a influenței patologiei venoase asupra calității vieții pacientului cu utilizarea scalelor specializate.

BIBLIOGRAFIE

1. Atasoy MM, Oğuzkurt L. The endovenous ASVAL method: principles and preliminary results. In: *Diagn Interv Radiol*. 2016 Jan-Feb;22(1):59-64.
2. Baliyan V, Tajmir S, Hedgire SS, Ganguli S, Prabhakar AM. Lower extremity venous reflux. In: *Cardiovasc Diagn Ther*. 2016 Dec;6(6):533-543.
3. Belcaro G, Cesarone MR, Di Renzo A, et al. Foam-sclerotherapy, surgery, sclerotherapy, and combined treatment for varicose veins: a 10-year, prospective, randomized, controlled, trial (VEDICO trial). In: *Angiology*. 2003 May-Jun;54(3):307-315.
4. Berenguer FA, Silva DA, Carvalho CC. Influence of orthostatic posture in the occurrence of clinical symptoms and signs of lower limb venopathy in workers of a printing company in Recife, Pernambuco, Brazil. In: *Rev Bras Saude Ocup*. 2011;36(123):153-161.
5. Bergan JJ, Bunke-Paquette N, eds. *The Vein Book*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2014.
6. Bhatti TS, Whitman B, Harradine K, Cooke SG, Heather BP, Earnshaw JJ. Causes of recurrence after polytetrafluoroethylene patch saphenoplasty for recurrent varicose veins. In: *Br J Surg*. 2000 Oct;87(10):1356-1360.
7. Biswas S, Clark A, Shields DA. Randomised clinical trial of the duration of compression therapy after varicose vein surgery. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2007 May;33(5):631-637.
8. Blomgren L, Johansson G, Bergqvist D. Randomized clinical trial of routine preoperative duplex imaging before varicose vein surgery. In: *Br J Surg*. 2005 Jun;92(6):688-694.
9. Blomgren L, Johansson G, Dahlberg-Akerman A, et al. Recurrent varicose veins: incidence, risk factors and groin anatomy. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2004 Mar;27(3):269-274.
10. Blomgren L, Johansson G, Emanuelsson L, Dahlberg-Åkerman A, Thermaenius P, Bergqvist D. Late follow-up of a randomized trial of routine duplex imaging before varicose vein surgery. In: *Br J Surg*. 2011 Aug;98(8):1112-1116.
11. Brake M, Lim CS, Shepherd AC, Shalhoub J, Davies AH. Pathogenesis and etiology of recurrent varicose veins. In: *J Vasc Surg*. 2013 Mar;57(3):860-868.
12. Campbell WB, Niblett PG, Ridler BM, Peters AS, Thompson JF. Hand-held Doppler as a screening test in primary varicose veins. In: *Br J Surg*. 1997 Nov;84(11):1541-1543.

13. Cañizares Díaz I, Arrobas Velilla T, Illescas Rodríguez M, Martín Martín JM. High crosssectiony without vascular sectioning vs classic saphenectomy. Randomized clinical trial: analysis of recurrent varicose veins. In: *An Sist Sanit Navar*. 2013 Sep-Dec;36(3):419-427.
14. Carandina S, Mari C, De Palma M, et al. Varicose vein stripping vs haemodynamic correction (CHIVA): a long term randomized trial. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2008 Feb;35(2):230-237.
15. Cardia G, Catalano G, Rosafio I, Granatiero M, De Fazio M. Recurrent varicose veins of the legs. Analysis of a social problem. In: *G Chir*. 2012 Nov-Dec;33(11-12):450-454.
16. Casian D, Gutsu E, Culiuc V. Validation of the Romanian translation of the ABC-V (Assessment of Burden in Chronic Venous Disease) questionnaire. In: *Chirurgia (Bucur)*. 2013 May-Jun;108(3):381-384.
17. Casian D, Ivanov V, Culiuc V, Șcureac A. Tipuri de reflux venos în membrele inferioare cu varice. Rezumate al X-lea Congres al Asociației Chirurgilor “Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova. În: *Arta Medica*, 2007;25:11-12(A12).
18. Casoni P, Lefebvre-Vilardebo M, Villa F, Corona P. Great saphenous vein surgery without high ligation of the saphenofemoral junction. In: *J Vasc Surg*. 2013 Jul;58(1):173-178.
19. Cesarone MR, Belcaro G, Pellegrini L, et al. Venoruton vs Daflon: evaluation of effects on quality of life in chronic venous insufficiency. In: *Angiology*. 2006 Mar-Apr;57(2):131-138.
20. Chassany O, Le-Jeunne P, Duracinsky M, Schwalm MS, Mathieu M. Discrepancies between patient-reported outcomes and clinician-reported outcomes in chronic venous disease, irritable bowel syndrome, and peripheral arterial occlusive disease. In: *Value Health*. 2006 Jan-Feb;9(1):39-46.
21. Christopoulos D, Nicolaides AN, Szendro G. Venous reflux: quantification and correlation with the clinical severity of chronic venous disease. In: *Br J Surg*. 1988 Apr;75(4):352-356.
22. Cicala E. *Semiologie chirurgicală*. Chișinău: CEP Medicina, 1999. p.207-211.
23. Cina G, Narese D, Amicucci V, Filipponi M, Snider F. Recurrent varicose veins of the legs: a single centre experience. In: *Clin Ter*. 2014;165(4):183-186.
24. Coleridge-Smith P, Labropoulos N, Partsch H, Myers K, Nicolaides A, Cavezzi A. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower

- limbs--UIP consensus document. Part I. Basic principles. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2006 Jan;31(1):83-92.
25. COMMISSION DIRECTIVE 2005/28/EC of 8 April 2005 laying down principles and detailed guidelines for good clinical practice as regards investigational medicinal products for human use, as well as the requirements for authorization of the manufacturing or importation of such products. In: *Official Journal of the European Union.* 9.4. 2005: L 91/13-L 91/19.
 26. Conway AM, Nordon IM, Hinchliffe RJ, Thompson MM, Loftus IM. Patient-reported symptoms are independent of disease severity in patients with primary varicose veins. In: *Vascular.* 2011 Oct;19(5):262-268.
 27. Corbett CR, McIrvine AJ, Aston NO, Jamieson CW, Thomas ML. The use of varicography to identify the sources of incompetence in recurrent varicose veins. In: *Ann R Coll Surg Engl.* 1984 Nov;66(6):412-415.
 28. Cordts PR, Gawley TS. Anatomic and physiologic changes in lower extremity venous hemodynamics associated with pregnancy. In: *J Vasc Surg.* 1996 Nov;24(5):763-767.
 29. Culiuc V. Posibilitățile disecției endoscopice a venelor perforante în tratamentul insuficienței venoase cronice severe. Autoreferat al tezei de doctor în medicină. 2009, Chișinău, 20 p.
 30. Danielsson G, Eklof B, Grandinetti A, Kistner RL. The influence of obesity on chronic venous disease. In: *Vasc Endovascular Surg.* 2002 Jul-Aug;36(4):271-276.
 31. Davies HO, Popplewell M, Singhal R, Smith N, Bradbury AW. Obesity and lower limb venous disease – The epidemic of phlebesity. In: *Phlebology.* 2017 May;32(4):227-233.
 32. De Maeseneer M, Pichot O, Cavezzi A, Earnshaw J, van Rij A, Lurie F, Smith PC; Union Internationale de Phlebologie. Duplex ultrasound investigation of the veins of the lower limbs after treatment for varicose veins – UIP consensus document. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2011 Jul;42(1):89-102.
 33. De Maeseneer MG, Giuliani DR, Van Schil PE, De Hert SG. Can interposition of a silicone implant after sapheno-femoral ligation prevent recurrent varicose veins? In: *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2002 Nov;24(5):445-449.
 34. De Maeseneer MG, Vandenbroeck CP, Hendriks JM, Lauwers PR, Van Schil PE. Accuracy of duplex evaluation one year after varicose vein surgery to predict recurrence at the sapheno-femoral junction after five years. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2005 Mar;29(3):308-312.

35. De Maeseneer MG, Vandenbroeck CP, Van Schil PE. Silicone patch saphenoplasty to prevent repeat recurrence after surgery to treat recurrent saphenofemoral incompetence: long-term follow-up study. In: *J Vasc Surg*. 2004 Jul;40(1):98-105.
36. Delis KT, Knaggs AL, Hobbs JT, Vandendriessche MA. The nonsaphenous vein of the popliteal fossa: prevalence, patterns of reflux, hemodynamic quantification, and clinical significance. In: *J Vasc Surg*. 2006 Sep;44(3):611-619.
37. Dillavou ED, Harlander-Locke M, Labropoulos N, Elias S, Ozsvath KJ. Current state of the treatment of perforating veins. In: *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2016 Jan;4(1):131-135.
38. Disselhoff BCVM, der Kinderen DJ, Kelder JC, Moll FL. Five-year result of a randomized clinical trial of endovenous laser ablation of the great saphenous vein with and without ligation of the saphenofemoral junction. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2011;41:685-690.
39. Earnshaw JJ, Davies B, Harradine K, Heather BP. Preliminary results of PTFE patch saphenoplasty to prevent neovascularization leading to recurrent varicose veins. In: *Phlebology* 1998;13:10-13.
40. Eklof B, Perrin M, Delis KT, et al. Updated terminology of chronic venous disorders: the VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. In: *J Vasc Surg*. 2009 Feb;49(2):498-501.
41. Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, et al; American Venous Forum International Ad Hoc Committee for Revision of the CEAP Classification. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. In: *J Vasc Surg*. 2004 Dec;40(6):1248-1252.
42. Fischer R, Chandler JG, De Maeseneer MG, et al. The unresolved problem of recurrent saphenofemoral reflux. In: *J Am Coll Surg*. 2002 Jul;195(1):80-94.
43. Fischer R, Linde N, Duff C, Jeanneret C, Chandler JG, Seeber P. Late recurrent saphenofemoral junction reflux after ligation and stripping of the greater saphenous vein. In: *J Vasc Surg*. 2001 Aug;34(2):236-240.
44. Fischer R, Chandler JG, Stenger D, Puhan MA, De Maeseneer MG, Schimmelpfennig L. Patient characteristics and physician-determined variables affecting saphenofemoral reflux recurrence after ligation and stripping of the great saphenous vein. In: *J Vasc Surg*. 2006 Jan;43(1):81-87.

45. Foster NE, Thomas E, Hill JC, Hay EM. The relationship between patient and practitioner expectations and preferences and clinical outcomes in a trial of exercise and acupuncture for knee osteoarthritis. In: *Eur J Pain*. 2010 Apr;14(4):402-409.
46. Gad MA, Saber A, Hokkam EN. Assessment of causes and patterns of recurrent varicose veins after surgery. In: *N Am J Med Sci*. 2012 Jan;4(1):45-48.
47. Geier B, Mumme A, Hummel T, Marpe B, Stücker M, Ascitutto G. Validity of duplex-ultrasound in identifying the cause of groin recurrence after varicose vein surgery. In: *J Vasc Surg*. 2009 Apr;49(4):968-972.
48. Geier B, Olbrich S, Barbera L, Stücker M, Mumme A. Validity of the macroscopic identification of neovascularization at the saphenofemoral junction by the operating surgeon. In: *J Vasc Surg*. 2005 Jan;41(1):64-68.
49. Ghidirim G, Guțu E. Varicose veins and venous thrombosis. In: Ghidirim G, Guțu E, Rojnoveanu G. *Surgical pathology. Textbook for students and residents*. Chișinău: CEP Medicina, 2006. p.205-224.
50. Gibbs PJ, Foy DM, Darke SG. Reoperation for recurrent saphenofemoral incompetence: a prospective randomised trial using a reflected flap of pectineus fascia. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1999 Dec;18(6):494-498.
51. Glass GM. Neovascularization in recurrent sapheno-femoral incompetence of varicose veins: Surgical anatomy and morphology. In: *Phlebology* 1995;10:136-142.
52. Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, et al; Society for Vascular Surgery; American Venous Forum. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. In: *J Vasc Surg*. 2011 May;53(5 Suppl):2S-48S.
53. Guex JJ, Rahhali N, Taïeb C. The patient's burden of chronic venous disorders: construction of a questionnaire. In: *Phlebology*. 2010 Dec;25(6):280-285.
54. Guex JJ, Zimmet SE, Boussetta S, Nguyen C, Taieb C. Construction and validation of a patient-reported outcome dedicated to chronic venous disorders: SQOR-V (specific quality of life and outcome response - venous). In: *J Mal Vasc*. 2007 Jul;32(3):135-147.
55. Guțu E. Patologie chirurgicală abdominală acută în Republica Moldova în anul 2016. În: *Arta Medica*, 2017;3(64):3-8.
56. Guțu E, Casian D, Culiuc V, Ivanov V. Valoarea explorărilor clinico-imagistice în stabilirea indicației și a volumului intervenției chirurgicale la pacienții cu varice a membrelor inferioare. În: *Anale științifice ale USMF "N.Testemițanu"*, Chisinau, 2008;4:24-32.

57. Guțu E, Casian D, Culiuc V. Experiența a 115 întreruperi subfasciale endoscopice ale venelor perforante: analiza rezultatelor clinice. Materialele celui de-al XI-lea Congres al Asociației Chirurgilor “Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova. În: *Arta Medica*. 2011;3(46):21.
58. Guțu E, Casian D, Culiuc V. Tratamentul chirurgical al maladiei varicoase: aspecte controversate. Chișinău: Ericon; 2013.
59. Guțu E, Casian D, Zaporojan A, Culiuc V, Sochirca M, Maloghin V. Factorii de risc în recurența postoperatorie a maladiei varicoase. Materialele celui de-al XI-lea Congres al Asociației Chirurgilor “Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova. În: *Arta Medica*. 2011;3(46):31.
60. Hamel-Desnos C, Ouvry P, Benigni JP, et al. Comparison of 1% and 3% polidocanol foam in ultrasound guided sclerotherapy of the great saphenous vein: a randomized double-blind trial with 2 year-follow-up. “The 3/1 study”. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2007;34:723-729.
61. Hareendran A, Doll H, Wild DJ, Moffatt CJ, Musgrove E, Wheatley C, Franks PJ. The venous leg ulcer quality of life (VLU-QoL) questionnaire: development and psychometric validation. In: *Wound Repair Regen*. 2007 Jul-Aug;15(4):465-473.
62. Hayden A, Holdsworth J. Complications following re-exploration of the groin for recurrent varicose veins. In: *Ann R Coll Surg Engl*. 2001 Jul;83(4):272-273.
63. Herman J, Musil D, Tichy M, Bachleda P. Recurrent varicose veins: causes and neovascularisation. A 17-year experience. In: *Int Angiol*. 2015 Feb;34(1):53-59.
64. Hobbs JT. Surgery and sclerotherapy in the treatment of varicose veins. A random trial. In: *Arch Surg*. 1974 Dec;109(6):793-796.
65. Houtermans-Auckel JP, van Rossum E, Teijink JA, et al. To wear or not to wear compression stockings after varicose vein stripping: a randomised controlled trial. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2009 Sep;38(3):387-391.
66. Hua WR, Yi MQ, Jun WX, Xing J, Xuan LZ, Bo L. Causes of recurrent lower limb varicose veins after surgical interventions in 141 limbs – five-year retrospective analysis of two centers. In: *Vascular*. 2014 Aug;22(4):267-273.
67. Huang TW, Chen SL, Bai CH, Wu CH, Tam KW. The optimal duration of compression therapy following varicose vein surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2013 Apr;45(4):397-402.
68. Ivan V, Ivan C. Varicele membrelor inferioare. Terapie chirurgicală. Timișoara: Editura Brumar, 2004.

69. Jeanneret C, Aschwanden M, Labs KH, Jäger K. Duplex ultrasound for the assessment of venous reflux. In: *Curr Probl Dermatol*. 1999;27:96-101.
70. Jones L, Braithwaite BD, Selwyn D, Cooke S, Earnshaw JJ. Neovascularisation is the principal cause of varicose vein recurrence: results of a randomised trial of stripping the long saphenous vein. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1996 Nov;12(4):442-445.
71. Joshi D, Sinclair A, Tsui J, Sarin S. Incomplete removal of great saphenous vein is the most common cause for recurrent varicose veins. In: *Angiology*. 2011 Feb;62(2):198-201.
72. Kalodiki E, Calahoras L, Nicolaides AN. Make it easy: duplex examination of the venous system. In: *Phlebology*, 1993;8:17-21.
73. Kemp N. A synopsis of current international guidelines and new modalities for the treatment of varicose veins. In: *Aust Fam Physician*. 2017;46(4):229-233.
74. Kostas T, Ioannou CV, Touloupakis E, et al. Recurrent varicose veins after surgery: a new appraisal of a common and complex problem in vascular surgery. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2004 Mar;27(3):275-282.
75. Kostas TT, Ioannou CV, Veligrantakis M, Pagonidis C, Katsamouris AN. The appropriate length of great saphenous vein stripping should be based on the extent of reflux and not on the intent to avoid saphenous nerve injury. In: *J Vasc Surg*. 2007 Dec;46(6):1234-1241.
76. Kuyumcu G, Salazar GM, Prabhakar AM, Ganguli S. Minimally invasive treatments for perforator vein insufficiency. In: *Cardiovasc Diagn Ther*. 2016 Dec;6(6):593-598.
77. Labropoulos N, Leon L, Kwon S, et al. Study of the venous reflux progression. In: *J Vasc Surg*. 2005 Feb;41(2):291-295.
78. Lamping DL, Schroter S, Kurz X, Kahn SR, Abenhaim L. Evaluation of outcomes in chronic venous disorders of the leg: development of a scientifically rigorous, patient-reported measure of symptoms and quality of life. In: *J Vasc Surg*. 2003 Feb;37(2):410-419.
79. Langenbeck B. Beiträge zur chirurgischen Pathologie der Venen. In: *Arch Klin Chir* 1861;8:1-80.
80. Launois R, Reboul-Marty J, Henry B. Construction and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ). In: *Qual Life Res*. 1996 Dec;5(6):539-554.
81. Launois R. Health-related quality-of-life scales specific for chronic venous disorders of the lower limbs. In: *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2015 Apr;3(2):219-227.

82. Lawson JA, Toonder IM. A review of a new Dutch guideline for management of recurrent varicose veins. In: *Phlebology*. 2016 Mar;31(1 Suppl):114-124.
83. Lees TA, Beard JD, Ridler BM, Szymanska T. A survey of the current management of varicose veins by members of the Vascular Surgical Society. In: *Ann R Coll Surg Engl*. 1999 Nov;81(6):407-417.
84. Lim CS, Davies AH. Graduated compression stockings. In: *CMAJ*. 2014 Jul 8;186(10):E391-E398.
85. Maloghin V. Chestionarul ABC-V în aprecierea calității vieții pacienților cu recidiva maladiei varicoase a membrelor inferioare. Rezumatele celui de-al XII-lea Congres al Asociației Chirurgilor “Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova. În: *Arta Medica*. 2015;3(56):175.
86. Maloghin V. Fenomenul neovascularizării inghinale-cauză a recurenței maladiei varicoase. Rezumatele celui de-al XII-lea Congres al Asociației Chirurgilor “Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova. În: *Arta Medica*. 2015;3(56):80.
87. Maloghin V. Questionnaires used to assess the quality of life for patients with chronic venous insufficiency. In: *Archives of the Balkan Medical Union*. 2014;49(1-Suppl):64-66.
88. Maloghin V. Recidiva postoperatorie în boala varicoasă a membrelor inferioare. În: *A XXXVI-a Reuniune a chirurgilor din Moldova „Iacomi-Răzeșu”*. Volum de rezumate. Piatra Neamț. 2014:123-124.
89. Maloghin V. Tipurile de acces spre joncțiunea safeno-femurală și recidiva postoperatorie a maladiei varicoase. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale*. 2014;3(44):78-81.
90. Manfrini S, Gasbarro V, Danielsson G, et al. Endovenous management of saphenous vein reflux. Endovenous Reflux Management Study Group. In: *J Vasc Surg*. 2000 Aug;32(2):330-342.
91. Mariani F, Mancini S, Bucalossi M, Allegra C. Selective high ligation of the sapheno-femoral junction decreases the neovascularization and the recurrent varicose veins in the operated groin. In: *Int Angiol*. 2015 Jun;34(3):250-256.
92. Mercer KG, Scott DJ, Berridge DC. Preoperative duplex imaging is required before all operations for primary varicose veins. In: *Br J Surg*. 1998 Nov;85(11):1495-1497.
93. Milone M, Salvatore G, Maietta P, Sosa Fernandez LM, Milone F. Recurrent varicose veins of the lower limbs after surgery. Role of surgical technique (stripping vs. CHIVA) and surgeon's experience. In: *G Chir*. 2011 Nov-Dec;32(11-12):460-463.

94. Mitchell G. Vascularization of the haematoma tract following long saphenous vein stripping: a new cause of recurrent varicose veins. In: *Phlebology*. 2003;18:48.
95. Monedero JL, Ezpeleta SZ, Perrin M. Pelvic congestion syndrome can be treated operatively with good long-term results. In: *Phlebology*. 2012 Mar;27 Suppl 1:65-73.
96. Mouton WG, Bergner M, Zehnder T, von Wattenwyl R, Naef M, Wagner HE. Recurrence after surgery for varices in the groin is not dependent on body mass index. In: *Swiss Med Wkly*. 2008 Mar 22;138(11-12):186-188.
97. Mucuța S. Boala varicoasă. În: *Chirurgie, sub redacția Spânu A*. Chișinău: Tipografia Centrală, 2001. p.293-300.
98. Mühlberger D, Morandini L, Brenner E. Venous valves and major superficial tributary veins near the saphenofemoral junction. In: *J Vasc Surg*. 2009 Jun;49(6):1562-1569.
99. Muller R. Treatment of varicose veins by ambulatory phlebectomy. In: *Phlebologie*. 1966 Oct-Dec;19(4):277-279.
100. Munasinghe A, Smith C, Kianifard B, Price BA, Holdstock JM, Whiteley MS. Strip-track revascularization after stripping of the great saphenous vein. In: *Br J Surg*. 2007 Jul;94(7):840-843.
101. Myers KA, Ziegenbein RW, Zeng GH, Matthews PG. Duplex ultrasonography scanning for chronic venous disease: patterns of venous reflux. In: *J Vasc Surg*. 1995 Apr;21(4):605-612.
102. Nadar SK, Blann A, Beevers DG, Lip GY. Abnormal angiopoietins 1&2, angiopoietin receptor Tie-2 and vascular endothelial growth factor levels in hypertension: relationship to target organ damage [a sub-study of the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT)]. In: *J Intern Med*. 2005 Oct;258(4):336-343.
103. Nelzén O, Fransson I. Varicose vein recurrence and patient satisfaction 10-14 years following combined superficial and perforator vein surgery: a prospective case study. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2013 Sep;46(3):372-377.
104. Nishibe T, Kondo Y, Dardik A, Muto A, Nishibe M. Fate of varicose veins after great saphenous vein stripping alone. In: *Int Angiol*. 2009 Aug;28(4):311-314.
105. Norquist BM, Goldberg BA, Matsen FA 3rd. Challenges in evaluating patients lost to follow-up in clinical studies of rotator cuff tears. In: *J Bone Joint Surg Am*. 2000 Jun;82(6):838-842.
106. Nyamekye I, Shephard NA, Davies B, Heather BP, Earnshaw JJ. Clinicopathological evidence that neovascularisation is a cause of recurrent varicose veins. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1998 May;15(5):412-415.

107. Palfreyman S. Assessing the impact of venous ulceration on quality of life. In: *Nurs Times*. 2008 Oct 14-20;104(41):34-37.
108. Parés JO, Juan J, Tellez R, et al. Varicose vein surgery: stripping versus the CHIVA method: a randomized controlled trial. In: *Ann Surg*. 2010 Apr;251(4):624-631.
109. Perrin M, Allaert FA. Intra- and inter-observer reproducibility of the Recurrent Varicose Veins after Surgery (REVAS) classification. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2006 Sep;32(3):326-332.
110. Perrin M, Guex JJ, Ruckley CV, et al. Recurrent varices after surgery (REVAS), a consensus document. In: *Cardiovasc Surg*. 2000 Jun;8(4):233-245.
111. Perrin M, Ramelet AA. Pharmacological treatment of primary chronic venous disease: rationale, results and unanswered questions. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2011 Jan;41(1):117-125.
112. Perrin MR, Labropoulos N, Leon LR Jr. Presentation of the patient with recurrent varices after surgery (REVAS). In: *J Vasc Surg*. 2006 Feb;43(2):327-334.
113. Pichot O, Sessa C, Bosson JL. Duplex imaging analysis of the long saphenous vein reflux: basis for strategy of endovenous obliteration treatment. In: *Int Angiol*. 2002 Dec;21(4):333-336.
114. Pierik EG, Wittens CH, van Urk H. Subfascial endoscopic ligation in the treatment of incompetent perforating veins. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1995 Jan;9(1):38-41.
115. Pittaluga P, Chastanet S, Guex JJ. Great saphenous vein stripping with preservation of sapheno-femoral confluence: hemodynamic and clinical results. In: *J Vasc Surg*. 2008 Jun;47(6):1300-1304.
116. Pittaluga P, Chastanet S, Rea B, Barbe R. Midterm results of the surgical treatment of varices by phlebectomy with conservation of a refluxing saphenous vein. In: *J Vasc Surg*. 2009 Jul;50(1):107-118.
117. Pittaluga P, Chastanet S, Locret T, Barbe R. The effect of isolated phlebectomy on reflux and diameter of the great saphenous vein: a prospective study. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2010 Jul;40(1):122-128.
118. Pittaluga P., Rea B., Barbe R. Methode ASVAL (Ablation Selective des Varices sous Anesthesie Locale): principes et resultats preliminaires. In: *Phlebologie*. 2005;58(2):175-181.
119. Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. In: *J Vasc Surg*. 1995 Apr;21(4):635-645.

120. Puttaswamy V, Fisher C. Venous thromboembolism following varicose vein surgery: a prospective analysis. In: *Aust NZJ Surg.*, 2000; 70(Suppl):A150.
121. Rabe E, Pannier F. Clinical, aetiological, anatomical and pathological classification (CEAP): gold standard and limits. In: *Phlebology.* 2012 Mar;27 Suppl 1:114-118.
122. Rass K, Frings N, Glowacki P, Gräber S, Tilgen W, Vogt T. Same site recurrence is more frequent after endovenous laser ablation compared with high ligation and stripping of the great saphenous vein: 5 year results of a randomized clinical trial (RELACS study). In: *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2015 Nov;50(5):648-656.
123. Recek C. Competent and incompetent calf perforators in primary varicose veins: a resistant myth. In: *Phlebology.* 2016 Sep;31(8):532-540.
124. Recek C. The hemodynamic paradox as a phenomenon triggering recurrent reflux in varicose vein disease. In: *Int J Angiol.* 2012 Sep;21(3):181-186.
125. Rosales A, Slagsvold CE, Kroese AJ, Strandén E, Risum Ø, Jørgensen JJ. External venous valve plasty (EVVP) in patients with primary chronic venous insufficiency (PCVI). In: *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2006 Nov;32(5):570-576.
126. Royle JP. Recurrent varicose veins. In: *World J Surg.* 1986 Dec;10(6):944-953.
127. Schul MW, Schloerke B, Gomes GM. The refluxing anterior accessory saphenous vein demonstrates similar clinical severity when compared to the refluxing great saphenous vein. In: *Phlebology.* 2016 Oct;31(9):654-659.
128. Sheppard M. A procedure for the prevention of recurrent saphenofemoral incompetence. In: *Aust N Z J Surg.* 1978 Jun;48(3):322-326.
129. Silha JV, Krsek M, Sucharda P, Murphy LJ. Angiogenic factors are elevated in overweight and obese individuals. In: *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2005 Nov;29(11):1308-1314.
130. Smith JJ, Brown L, Greenhalgh RM, Davies AH. Randomised trial of pre-operative colour duplex marking in primary varicose vein surgery: outcome is not improved. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2002 Apr;23(4):336-343.
131. Stonebridge PA, Chalmers N, Beggs I, Bradbury AW, Ruckley CV. Recurrent varicose veins: a varicographic analysis leading to a new practical classification. In: *Br J Surg.* 1995 Jan;82(1):60-62.
132. Stücker M, Moritz R, Altmeyer P, Reich-Schupke S. New concept: different types of insufficiency of the saphenofemoral junction identified by duplex as a chance for a more differentiated therapy of the great saphenous vein. In: *Phlebology.* 2013 Aug;28(5):268-274.

133. 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. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2009 Aug;38(2):203-207.
134. Theivacumar NS, Dellagrammaticas D, Beale RJ, Mavor AID, Gough MJ. Factors influencing the effectiveness of endovenous laser ablation (EVLA) in the treatment of great saphenous vein reflux. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2008;35;119-123.
135. Thomas ML, Phillips GW. Recurrent groin varicose veins: an assessment by descending phlebography. In: *Br J Radiol*. 1988 Apr;61(724):294-296.
136. Toni A, Stea S, Bordini B, Traina F. Lost to follow-up in a hip prosthesis register. Experience of R.I.P.O. In: *Acta Orthop Scand Suppl*. 2002 Oct;73(305):49-53.
137. Van Rij AM, Chai J, Hill GB, Christie RA. Incidence of deep vein thrombosis after varicose vein surgery. In: *Br J Surg*. 2004 Dec;91(12):1582-1585.
138. Van Rij AM, Jiang P, Solomon C, Christie RA, Hill GB. Recurrence after varicose vein surgery: a prospective long-term clinical study with duplex ultrasound scanning and air plethysmography. In: *J Vasc Surg*. 2003 Nov;38(5):935-943.
139. Van Rij AM, Jones GT, Hill GB, Jiang P. Neovascularization and recurrent varicose veins: more histologic and ultrasound evidence. In: *J Vasc Surg*. 2004 Aug;40(2):296-302.
140. Vasquez MA, Rabe E, McLafferty RB, et al; American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group. Revision of the venous clinical severity score: venous outcomes consensus statement: special communication of the American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group. In: *J Vasc Surg*. 2010 Nov;52(5):1387-1396.
141. Vin F, Chleir F, Allaert FA. An ambulatory treatment of varicose veins associating surgical section and sclerotherapy of large saphenous veins (3S technique). Preliminary study with results at one year. In: *Dermatol Surg*. 1996 Jan;22(1):65-70.
142. Whiteley AM, Taylor DC, Dos Santos SJ, Whiteley MS. Pelvic venous reflux is a major contributory cause of recurrent varicose veins in more than a quarter of women. In: *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2014 Oct;2(4):411-415.
143. Willenberg T, Schumacher A, Amann-Vesti B, et al. Impact of obesity on venous hemodynamics of the lower limbs. In: *J Vasc Surg*. 2010 Sep;52(3):664-668.
144. Winterborn RJ, Earnshaw JJ. Randomised trial of polytetrafluoroethylene patch insertion for recurrent great saphenous varicose veins. In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2007 Sep;34(3):367-373.

145. Winterborn RJ, Foy C, Earnshaw JJ. Causes of varicose vein recurrence: late results of a randomized controlled trial of stripping the long saphenous vein. In: *J Vasc Surg*. 2004 Oct;40(4):634-639.
146. Wittens C, Davies AH, Bækgaard N, et al. Editor's Choice - Management of Chronic Venous Disease: Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). In: *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2015 Jun;49(6):678-737.
147. Witzembichler B, Asahara T, Murohara T, et al. Vascular endothelial growth factor-C (VEGF-C/VEGF-2) promotes angiogenesis in the setting of tissue ischemia. In: *Am J Pathol*. 1998 Aug; 153(2):381-394.
148. Yeboah K, Kyei-Baafour E, Antwi DA, Asare-Anane H, Gyan B, Amoah AG. Circulating angiogenic factors in diabetes patients in a tertiary hospital in Ghana. In: *J Diabetes Metab Disord*. 2016 Oct 10;15:44.
149. Касьян ДА, Гуцу ЕВ, Иванов ВА, Кулюк ВС, Донцу ИИ. Профилактика послеоперационного рецидива варикозной болезни, обусловленного феноменом неоваскуляризации. В: *Ангиология и сосудистая хирургия*, 2010;16(3):57-61.
150. Покровский АВ. Клиническая ангиология. Руководство в двух томах. Том 2. Москва: Медицина; 2004. с.792-796.
151. Савельев ВС. Флебология. Москва: Медицина; 2001.

Clasificarea REVAS *

Data examinării	Ziua, luna, anul
Nume	
Prenume	
<p>Sediile Topografice ale recidivelor</p> <p><i>Pot fi incadrate mai mult decît o regiune anatomică, pot fi bifate mai multe opțiuni.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Regiunea inghinală • Femurală • Poplitee • Gamba, inclusive și planta • Alte localizări 	
<p>Sursa (sursele) recurenței</p> <p><i>(pot exista cîteva surse), pot fi bifate mai multe opțiuni</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflux absent • Pelviene ori abdominale • Joncțiunea safenofemurală • Perforantele femurale • Joncțiunea safenopoplitee • Perforantele poplitee • Vena (vene) gastrocnemiene • Perforantele gambiene 	
<p>Reflux</p> <p><i>numai o opțiune poate fi bifată</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • PROBABIL semnificația clinică R+ • IMPROBABIL semnificația clinică R- • DUBIOS semnificația clinică R? 	
Natura surselor.	

doar o opțiune poate fi bifată

N clasifică sursele cu privire la faptul dacă sunt sau nu sursa intervenției chirurgicale anterioare și descriu cauzele recurenței.

N Ss este pentru același sediu

doar o opțiune poate fi bifată

- Greșeli tehnice
- Greșeli tactice
- Neovascularogeneza
- Necunoscută
- Mixtă

N Ds este pentru sedii diferite (noi).

doar o opțiune poate fi bifată

Persistent

(Cunoscut ca fiind prezent în timpul intervenției chirurgicale anterioare)

Nou

(Cunoscut ca fiind absent în timpul intervenției chirurgicale anterioare)

Incert/necunoscut

(Informație insuficientă în timpul intervenției chirurgicale anterioare.

Contribuția pentru incompetența persistentă a trunchiului venos safenian.

Pot fi implicate una sau mai multe regiuni, pot fi bifate mai multe opțiuni.

AK vena safena magna mai sus de genunchi

BK vena safena magna mai jos de genunchi.

SSV vena safena parva

0 niciuna/alta

Comentarii _____

Posibili factori contribuabili

pot fi bifate mai multe opțiuni

Factorii generali

- Istoria familială
- Obezitatea
- Gravitatea
- Contraceptivele orale
- Modul de viață
- Gravitatea ce precede operația
- Ortostatismul îndelungat, lipsa exercițiilor fizice, sedintarismul

Factori specifici

- Insuficiența primară a venelor profunde
- Sindrom posttrombotic
- Compresia venelor iliace
- Angiodisplazia
- Insuficiența limfatică
- Disfuncția pompei musculare gambiene.

* Perrin M, Guex JJ, Ruckley CV, et al. Recurrent varices after surgery (REVAS), a consensus document. Cardiovasc Surg. 2000 Jun;8(4):233-45. [110]

Acordul informat
(formular de acceptare)

1. Titlul studiului:

**„REZULTATELE LA DISTANȚĂ ALE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL
MALADIEI VARICOASE A MEMBRELOR INFERIOARE: ASPECTE CLINCE ȘI
HEMODINAMICE.”**

2. Numele și adresa centrului de desfășurare a studiului: Spitalul Clinic Municipal Nr.1,
Catedra Chirurgie generală-semiologie a USMF „Nicolae Testemițanu”, str. Melestiu 20,
Chișinău, Republica Moldova

3. Numele/Prenumele participantului la studiu: _____

4. Data de naștere a participantului la studiu: _____

5. Declarație:

Eu subsemnatul, (numele), confirm că:

- Am citit și am înțeles formularul de informare.
- Știu că participarea mea în acest studiu este voluntară și că oricând mă pot retrage din studiu fără a explica motivele retragerii.
- Știu că retragerea mea din studiu nu-mi va afecta nici într-un fel dreptul la asistență medicală curentă sau ulterioară.
- Înțeleg că datele mele personale (inclusiv cele medicale) pot fi examinate în regim de confidențialitate de către cei care monitorizează studiul, comitetul de etică a cercetării, de către autoritățile de reglementare din domeniu.
- Știu că în cadrul studiului vor fi efectuate înregistrările foto-video.

**Accept să particip la studiu „Rezultatele la distanță ale tratamentului chirurgical al
maladiei varicoase a membrelor inferioare: aspecte clinice și hemodinamice.”**

Numele participantului la cercetare

Semnătura participantului la cercetare (sau a reprezentantului legal)

Data:

Persoana care a obținut acordul informat

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT PENTRU PARTICIPARE ÎN CERCETARE

(Formular de informare)

Stimate Domn/Doamnă,

Vă invităm să participați într-o cercetare medicală cu titlul „**REZULTATELE LA DISTANȚĂ ALE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL MALADIEI VARICOASE A MEMBRELOR INFERIOARE: ASPECTE CLINCE ȘI HEMODINAMICE.**”, realizată de către Vasile Maloghin, doctorand al Catedrei Chirurgie generală-semiologie al USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, în frunte cu prof. univ. Guțu Eugen. Vă rugăm să citiți atent informația expusă despre cercetarea planificată. În caz dacă aveți întrebări, le puteți adresa persoanei care v-a invitat să luați parte la acest studiu. Pentru a fi inclus în cercetare, dumneavoastră va trebui să semnați formularul de acceptare. Refuzul dumneavoastră de a participa la această cercetare nu va avea careva influență asupra accesului dvoastră la tratamentul necesar și calitatea acestuia.

În ce constă cercetarea propusă?

Scopul studiului este evaluarea rezultatelor la distanță ale tratamentului chirurgical al maladii varicoase a membrelor inferioare în Clinica Chirurgie a Spitalului Municipal nr.1 pe perioada anilor 2000-2007. În baza studiului vor fi elucidați factorii ce influențează rezultatele postoperatorii și vor fi stabilite criteriile optime de conduită peri și postoperatorie în scopul elaborării unui algoritm diagnostic-curativ. Criteriile de bază care vor fi cercetate vor fi satisfacția pacientului, gradul de ameliorare a calității vieții postoperator, în prisma datelor examenului clinic și a duplex scanării.

Obiectul cercetării este rezultatul (efectul) tratamentului chirurgical al maladii varicoase evaluat clinic de investigator, instrumental de către medicul imagist și personal de către bolnav, prin completarea chestionarelor.

Dumneavoastră ați fost ales pentru participare în cercetare, din motiv că ați fost operat pentru maladia varicoasă a membrelor inferioare în Clinica Chirurgie a Spitalului Municipal nr.1 în perioada anilor 2000-2007. În afară de Dvs, pentru participare în acest studiu vor fi invitați cca 350 de bolnavi, operați în clinică în aceeași perioadă de timp.

Ce se va întâmpla dacă accept participarea?

Studiul are caracter observațional și va fi realizat pe perioada anilor 2000-2007. Pe parcursul studiului vor fi înregistrate și colectate datele din fișa medicală a Dvs, cât și particularitățile tehnice ale intervenției chirurgicale cu evoluția ulterioară a perioadei postoperatorii. Pentru a evalua rezultatele la distanță ale intervenției chirurgicale, Dvs veți fi invitat pentru efectuarea duplexului și ulterior pentru efectuarea examenului clinic. Pentru realizarea examenului de control este necesar să veniți la ziua și ora anumită (stabilită prin acord comun între Dvs și investigator) la Spitalul Clinic Municipal nr.1 (or. Chișinău, str. Melestiu 20), Clinica chirurgie. Durata examenului de control nu va depăși o oră. Conținutul examenului de control în cadrul acestui studiu diferă nesemnificativ de la examenul medical de rutină și va include trei componente:

- Discuția cu investigatorul, cu scop de evidențiere a recurenței maladei varicoase, edemului, durerilor, hiperpigmentației, prezența sau absența ulcerului venos;
- Investigația imagistică duplex. Investigațiile nu necesită foame matinală sau o pregătire în prealabil. Această investigație nu este invazivă, nu provoacă disconfort și nu prevede introducerea substanțelor sau preparatelor speciale.
- Completarea în scris de către Dvs personal a 2 chestionare, ce conține câte 10 și 39 de întrebări fiecare, referitor la impactul actual al rezultatelor postoperatorii asupra calității vieții, activității fizice și psiho-emoționale ale Dvs.

Participarea în cercetare presupune eventuale înregistrări foto-video, efectuate în varianta ce la sigur exclude posibilitatea identificării persoanei examinate numai în baza imaginilor. Pentru aceasta va trebui să ne confirmați acordul separat.

Ce trebuie să fac ca participant în acest studiu?

În cazul dacă Dvs acceptați participarea în studiu veți fi obligat să vă prezentați la examenul medical de control (programat prin acord comun între Dvs și investigator), să treceți investigațiile scanării duplex, cât și să completați chestionarele referitor la impactul actual a rezultatelor postoperatorii asupra calității vieții, activității fizice și psiho-emoționale ale Dvs. Studiul nu presupune alte obligațiuni din partea Dvs.

Care sunt dezavantajele și riscurile participării la acest studiu?

Studiul dat nu influențează tratamentul care va fi aplicat Dvs pe parcurs. Protocolul studiului nu prevede administrarea unui tratament suplimentar sau utilizarea metodelor de investigații

invazive cu posibile complicații, așadar riscurile pentru participanți atât pe termen scurt cât și pe termen lung sunt reduse. Dezavantajul posibil al studiului pentru Dvs constă în necesitatea de a veni în clinica chirurgie pentru examenul medical de control. Pentru a minimaliza disconfortul Dvs, acest examen va fi programat în timpul comod pentru Dvs și efectuat în intervalul de timp cel mai scurt posibil.

În cazul în care implicarea dumneavoastră în cercetare va duce la careva apariția unor prejudicii demonstrate de organele competente, cercetătorii vor fi responsabilizați în conformitate cu legislația în vigoare, iar recompensa va fi stabilită conform procedurii legale. În caz de prejudiciu din vina medicului compensarea prejudiciilor provocate pacienților va fi acoperită de Compania Națională de Asigurări în Medicină sau personal de executor.

Care sunt posibilele beneficii ale participării?

La orice pacient, operat pentru maladia varicoasă a membrilor inferioare, există riscul de dezvoltare a recurenței, cu apariția insuficienței venoase cronice chiar și dezvoltarea unui ulcer venos. Beneficiul direct pentru participanții în studiu constă în posibilitatea depistării precoce a recidivei maladii și prevenirea complicațiilor. Beneficiul indirect pentru Dvs constă în perfecționarea în urma studiului a conduitei chirurgicale și postoperatorii la pacienții cu maladie varicoasă.

Voi suporta cheltuieli ca rezultat al participării la studiu?

În cadrul studiului prezent Dvs veți suporta doar cheltuielile legate de deplasarea pînă la Spitalul Clinic Municipal nr.1 (or. Chișinău, str. Meleștiu 20), Clinica chirurgie. În rest nu veți suporta cheltuieli suplimentare legate de efectuarea examenului medical de control, dar nu veți beneficia nici de recompense financiare.

Cum îmi vor fi protejate informațiile private?

Datele, pentru analiza din cadrul studiului prezent, vor fi colectate din fișa medicală a Dvs, (întocmită în timpul spitalizării în clinica de chirurgie a Spitalului Clinic Municipal nr. 1 pentru tratamentul chirurgical al maladii varicoase) și în timpul examenului medical de control. Datele Dvs vor fi introduse în baza electronică de date, securizată prin parolă de acces. Acces la baza de date va avea doar investigatorul, iar la necesitate în regim de confidențialitate – membrii comitetului

de etică a cercetării, cei care monitorizează studiul, autoritățile de reglementare din domeniu. Datele Dvs, împreună cu datele altor participanți, vor fi utilizate pentru analiza științifică și după depersonalizare, rezultatele studiului vor fi prezentate comunității științifice. Datele vor fi păstrate în format electronic pe parcursul a 10 ani de la momentul finisării studiului. După aceasta baza de date va fi lichidată.

Acest studiu este organizat la inițiativa investigatorului ca cercetare pentru obținerea gradului științific de doctor în științe medicale și va fi finanțat din contul propriu al investigatorului.

În caz dacă sunteți interesat a afla informații suplimentare despre studiu sau să adresați careva plângeri sau nemulțămiri vă puteți adresa la următoarele persoane: doctorandul – Maloghin Vasile și conducătorul științific – Guțu Eugen.

Clasificarea CEAP revizuită (2004) *

C (Clinical)				E (Etiology)	
C0	lipsa semnelor vizibile sau palpabile de maladie venoasă			Ec	congenitală
C1	teleangiectazii sau vene reticulare			Ep	primară
C2	vene varicoase (varice, d > 3 mm)			Es	secundară
C3	edem venos			En	neidentificată
C4	modificări trofice ale țesuturilor moi ale gambei			A (Anatomy)	
C4a	pigmentarea tegumentelor sau eczema			As	vene superficiale
C4b	lipodermatoscleroza sau atrofia albă			Ap	vene perforante
C5	ulcer venos vindecat			Ad	vene profunde
C6	ulcer venos activ			An	neidentificat
Distribuția venoasă anatomică segmentară				P (Pathophysiology)	
1	teleangiectazii, vv.reticulare	10	vv.pelviene - gonadale, ligamentul rotund, altele	Pr	reflux
2	VSM mai sus de genunchi	11	v.femurală comună	Po	obstrucție
3	VSM mai jos de genunchi	12	v.femurală profundă	Pr,o	reflux și obstrucție
4	VSP	13	v.femurală superficială	Pn	neidentificat
5	vv.non-safeniene	14	v.poplitea	VSM = <i>v.saphena magna</i> VSP = <i>v.saphena parva</i>	
6	v.cavă inferioară	15	vv.crutale: tibialele, peronea (toate pare)		
7	v.iliacă comună	16	vv.musculare: gastrocnemiene, soleare, altele		
8	v.iliacă internă	17	vv.perforante pe coapsă		
9	v.iliacă externă	18	vv.perforante pe gambă		

Definirea semnelor clinice în cadrul clasei "C"

Atrofia albă – arii localizate, mai des circulare, albicioase și atrofice de tegument înconjurat de capilare dilatate și uneori hiperpigmentare. Acest termen nu include cicatricile posttraumatice sau cele dezvoltate în urma vindecării ulcerului trofic.

Coroana flebectatică – numeroase vene mici intradermale în formă de evantai localizate pe suprafața medială sau laterală a gleznei sau plantei. Este considerat un semn precoce al patologiei venoase avansate.

Eczema – dermatita eritematoasă, ce poate progresa spre vezicule sau erupții de grataj ale pielii membrului inferior. Mai des se localizează lângă venele varicoase, dar poate avea de fapt orice localizare. De regulă este observată în patologia venoasă cronică necontrolată/netratată, dar poate reflecta și sensibilizarea la terapia topică.

Edemul – creșterea perceptibilă în volum a fluidului în piele și țesutul subcutanat, evidențiat caracteristic prin compresiune. Edemul venos de regulă se dezvoltă în regiunea gleznei, dar se poate extinde spre gambă și plantă.

Lipodermatoscleroza – inflamația cronică localizată și fibroza pielii și a țesutului subcutanat al extremității inferioare, asociată uneori cu cicatrici sau contractură a tendonului lui Achilles. Lipodermatoscleroza este uneori precedată de edemul inflamator difuz al pielii ce poate fi dureros și care deseori este referit la hipodermită. Lipodermatoscleroza trebuie diferențiată de limfangită, erizipel sau celulită.

Pigmentarea – aspectul întunecat, brun, al pielii ce rezultă din extravazarea sîngelui. De regulă se dezvoltă în regiunea gleznei, dar se poate extinde spre gambă sau plantă.

Vene reticulare – vene subdermale dilatate, uzual cu un diametru peste 1 mm dar sub 3 mm, cu aspect tortuos. Nu trebuie considerate venele ce pot fi vizualizate în normă la persoanele cu piele fină/subțire și transparentă.

Teleangiectazii – confluente de venule intradermale dilatate cu un diametru mai mic de 1 mm.

Vene varicoase (varice) – vene subcutanate dilatate cu un diametru (apreciat în ortostatism) de 3 mm sau mai mare. Aceste vene sunt de regulă tortuoase, însă și venele safene tubulare cu reflux demonstrat se clasifică la fel ca vene varicoase.

Ulcerul venos – defect al întregii grosimi a tegumentului, mai frecvent în regiunea gambei, ce nu prezintă tendință spre vindecare spontană și este susținut de o patologie venoasă cronică.

Detalierea criteriului “C”

Modificarea esențială a clasificării CEAP inițiale este divizarea clasei C₄ în două subgrupe ce reflectă diferența severității și a prognosticului patologiei în ce privește riscul evoluției în timp spre ulcerul venos. Subclasa C_{4a} – se referă la hiperpigmentarea tegumentelor sau eczema venoasă; C_{4b} – este atribuită lipodermatosclerozei sau atrofiei albe. Fiecare clasă clinică este caracterizată printr-o subscriere ce indică prezența (S, simptomatică) sau lipsa (A, asimptomatică) simptomatologiei alocate disfuncției venoase.

Perfecționarea criteriilor “E”, “A” și “P”

Un nou descriptiv – *n*, este recomandat pentru cazurile când componenta venoasă nu a fost cert depistată. Acesta este adăugat criteriului etiologic (E_n), atunci când cauza venoasă nu este identificată; criteriului anatomic (A_n) – în absența localizării segmentului venos afectat; criteriului patofiziologic (P_n) – când mecanismul prin care s-a produs dezordinea venoasă cronică nu poate fi precizat.

Incorporarea datei și a nivelului de investigare clinică

Printre avantajele clasificării CEAP se numără și caracterul său relativ dinamic, astfel că patologia venoasă poate fi recuantificată în timp. Clasificarea poate fi utilizată chiar de la prima adresare a pacientului în ambulatoriu, luându-se în considerație doar datele anamnestice și examenul clinic obiectiv, însă definitivarea ei este posibilă doar după o serie de investigații suplimentare. Aspectul său final, deseori, nu este complet, decât după tratamentul chirurgical al patologiei venoase și obținerea concluziei examenului histopatologic. Din acest motiv se recomandă notarea datei evaluării; de exemplu: $C_{4b,S}$, E_s , $A_{d,p}$, $P_{r,o}$ (2012-01-13).

Precizia diagnosticului este esențială pentru clasificarea corectă a patologiei venoase cronice. În funcție de severitatea patologiei, etapa diagnostică poate avea cel puțin trei nivele de evaluare – *L (Level)*.

L I: examinare la prima adresare, ce include colectarea anamnezei și examenul clinic obiectiv ± ecografia Doppler cu un sonograf portativ;

L II: teste vasculare non-invazive de laborator (duplex scanarea color, pletismografia);

L III: examinări invazive sau evaluări imagistice mai complexe (varicografia, venografia ascendentă sau descendentă, determinarea presiunii venoase, ultrasonografia intravasculară, tomografia computerizată spiralată, scanarea venoasă sau venografia realizată prin rezonanță magnetică nucleară). Nivelul examinării bolnavului se recomandă a fi, de asemenea, notat; de exemplu: $C_{2,3,4b,S}$, E_s , $A_{d,p}$, $P_{r,o}$ (2012-01-13, L II).

Descrierea noului sistem “CEAP bazal”

Este încurajată utilizarea tuturor componentelor clasificării CEAP, deși în practica cotidiană se acordă atenție, mai frecvent, doar criteriului C. În pofida complexității unei boli venoase, aceasta poate fi bine descrisă dacă se operează cu termeni bine-definiți, clasificarea CEAP servind în acest sens drept instrument pentru instalarea unui diagnostic corect și evaluarea prognosticului patologiei venoase cronice. Definierea extinsă a criteriilor E, A și P este posibilă

doar după efectuarea duplex scanării sistemului venos al membrului inferior - metodă indispensabilă de examinare în practica flebologică modernă. Totuși, clasificarea CEAP completă (avansată), este adresată, în fond, cercetătorilor în domeniu cu menirea de a standardiza lucrările științifice publicate în revistele de specialitate. Criteriul P al clasificării CEAP avansate va releva fiecă segment anatomic afectat din cele 18 segmente venoase prezente la nivelul membrului inferior; de exemplu: C_{2,3,4b,S}, E_s, A_{d,p}, P_{r18,o16}. Pentru sporirea utilității practice, forma completă (avansată) a clasificării CEAP a fost simplificată, ajungându-se la noul CEAP bazal. Două simplificări esențiale au fost, astfel, implementate: (1) criteriul C va releva doar cea mai severă manifestare clinică, fără a oglindi toate semnele prezente ale patologiei venoase; (2) criteriul P nu va releva complexitatea extinderii venoase segmentare a dezordinii venoase (reflux sau obstrucție), limitându-se doar la sistemele venoase superficial, profund sau perforant – *s*, *d* sau *p*, respectiv, pentru criteriul A. Astfel, codificarea conform clasificării CEAP avansate din exemplul anterior: C_{2,3,4b,S}, E_s, A_{d,p}, P_{r18,o16} (2012-01-13, L II), va fi exprimată grafic cu ajutorul clasificării CEAP bazale în modul ce urmează: C_{4b,S}, E_s, A_{d,p}, P_{r,o}.

Evaluarea severității patologiei venoase cronice

Rezultatele clinice la distanță ale tratamentului patologiilor venoase cronice, precum și schimbările ce survin într-un interval scurt nu sunt suficient relevate de clasificarea CEAP utilizată în mod separat. Pentru compararea eficacității diferitor metode de tratament și evaluarea calității vieții la pacienții cu maladie varicoasă, odată cu clasificarea CEAP a fost propus și Scorul Severității patologiei venoase cronice, care este bazat pe trei elemente: (1) gradul de exprimare al simptomelor și semnelor patologiei venoase relevat prin Scorul Clinic CEAP; (2) numărul de segmente anatomice afectate, ce constituie Scorul Anatomic; (3) incapacitatea funcțională exprimată prin Scorul de Dezabilitate.

Scorul Clinic CEAP este calculat în baza următoarelor nouă criterii: durere, edem, claudicație venoasă, pigmentare, lipodermatoscleroză, precum și numărul, dimensiunile, durata ulcerului venos și numărul de recurențe ale acestuia. Pentru fiecare criteriu se acordă de la 0 până la 2 puncte, în funcție de gradul de expresie. Scorul Clinic CEAP este, în mare parte, subiectiv, bazat, în fond, doar pe criteriul C al clasificării CEAP, iar multe din gradările acestuia sunt inadecvat delimitate, ceea ce determină flexibilitatea lui redusă. Din motivul respectiv scorul menționat nu a fost acceptat în practică pe scară largă și nu a intrat în standardele flebologiei curente.

Scorul Anatomic reprezintă suma segmentelor anatomice venoase implicate, fiecărui acordându-se câte un punct, cu un maxim de 18 puncte.

Scorul Venos de Dezabilitate reprezintă modificarea Scorului de Dezabilitate CEAP, unde drept reper de evaluare a incapacității funcționale a fost luat intervalul de 8 ore de muncă. Noul scor de dezabilitate se referă la capacitatea de a activa cu sau fără dispozitiv de suport (terapie compresivă prin bandaj elastic cu sau fără elevări intermitente a extremităților).

Scorul Venos de Dezabilitate

0 = asimptomatic
1 = simptomatic, dar apt să finalizeze activitatea uzuală fără terapie compresională
2 = poate finaliza activitatea uzuală doar cu compresie și/sau elevarea membrului
3 = incapabil să exercite activitățile uzuale chiar și după compresie și/sau elevarea extremității

* Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, et al; American Venous Forum International Ad Hoc Committee for Revision of the CEAP Classification. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. J Vasc Surg. 2004 Dec;40(6):1248-52. [41]

* Rabe E, Pannier F. Clinical, aetiological, anatomical and pathological classification (CEAP): gold standard and limits. Phlebology. 2012 Mar;27 Suppl 1:114-8. [121]

Chestionarul ABC-V (2010) pentru autoevaluarea calității vieții în boala venoasă cronică *

Întrebarea	Nu, nu în cazul meu	Da, în cazul meu, dar cu aceasta nu e greu de trăit	Da, în cazul meu, și cu aceasta este foarte greu de trăit
1. Senzațiile de durere depind de perioada anului	0	1	2
2. Senzațiile de durere se accentuează spre sfârșitul zilei	0	1	2
3. Senzațiile de durere se accentuează în urma șezutului îndelungat sau aflării în picioare un timp îndelungat	0	1	2
4. Senzațiile de durere îmi limitează posibilitățile	0	1	2
5. Din cauza problemelor cu venele nu-mi ajung puteri pentru unele activități	0	1	2
6. Mi-i frică să mă apuc de careva activități din cauza problemelor venoase	0	1	2
7. Îmi este greu să adorm din cauza că găsesc cu dificultate o poziție confortabilă pentru picioare	0	1	2
8. Mă trezesc noaptea din cauza “cîrceilor” la nivelul membrelor inferioare	0	1	2
9. Din cauza problemelor venoase îmi vine greu să merg mult timp	0	1	2
10. Din cauza patologiei venoase îmi este greu să urc scările	0	1	2
11. Din cauza patologiei venoase îmi este greu să efectuez un lucru greu (acasă)	0	1	2
12. Din cauza patologiei venoase îmi este greu să merg după cumpărături	0	1	2
13. Din cauza patologiei venoase îmi vine greu să duc greutatea	0	1	2
14. Eu îmi limitez odihna activă din cauza problemelor cu picioarele	0	1	2
15. Eu discut mai puțin cu alte persoane din cauza problemelor cu picioarele	0	1	2
16. Viața mea familiară a suferit din cauza bolii venoase	0	1	2
17. Relațiile mele cu partenerul au suferit din cauza patologiei venoase	0	1	2
18. Activitatea mea sexuală s-a modificat din cauza bolii venoase	0	1	2
19. Boala mea venoasă, semnifică că eu lucrez mai puțin productiv	0	1	2
20. Activitatea mea profesională a suferit din cauza patologiei venoase	0	1	2

21. Câștigul meu financiar s-a micșorat din cauza patologiei venoase	0	1	2
22. Eu am început să cheltui mai mulți bani din cauza bolii venoase	0	1	2
23. Mă simt neprotejat/ă atunci când mă gândesc la patologia mea venoasă	0	1	2
24. Mă simt trist/ă, atunci când mă gândesc la boala mea venoasă	0	1	2
25. Simt, că nimeni nu mă crede, atunci când eu povestesc cuiva despre patologia mea venoasă	0	1	2
26. Simt, că nimeni nu înțelege problema mea, atunci când eu povestesc cuiva despre boala mea venoasă	0	1	2
27. Eu simt o nedreptate, când mă gândesc la patologia mea venoasă	0	1	2
28. Simptomele patologiei venoase mă sperie	0	1	2
29. Simptomele bolii venoase mă îngrijorează	0	1	2
30. Mă simt cu handicap fizic, atunci când mă gândesc la patologia mea venoasă	0	1	2
31. Simt, că corpul meu mă conduce, atunci când mă gândesc la boala mea venoasă	0	1	2
32. Îmi este greu să mă concentrez, atunci când mă gândesc la patologia mea venoasă	0	1	2
33. Atunci când mă gândesc la boala mea venoasă, îmi spun însumi, că stabilirea diagnosticului va ocupa mult timp	0	1	2
34. Atunci când mă gândesc la boala mea venoasă, consider, că în realitate tratamentul nu ajută	0	1	2
35. Când mă gândesc la boala mea venoasă, consider, că medicii nu mă i-au în calcul (nu mă cred) în mod serios	0	1	2
36. Când mă gândesc la boala mea venoasă, consider, că medicii nu sunt în stare să mă ajute în mod real	0	1	2
37. Suferințele psihice, pe care le suport din cauza patologiei venoase:			
Sunt absolut tolerabile (pot fi răbdate/suportate)	0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10		Sunt absolut insuportabile
38. Suferințele fizice, pe care le simt din cauza patologiei venoase:			
Sunt absolut suportabile	0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10		Sunt absolut insuportabile
39. A trăi cu patologie venoasă:			

Este absolut suportabil	0 _1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_ 7_ 8_ 9_ 10	Este absolut insuportabil
-------------------------	----------------------------------	---------------------------

Evaluarea rezultatelor:

№ întrebării	Compartimentul apreciat	Metoda de calcul a punctajului
De la 1 pînă la 4	Senzațiile algice (de durere)	Suma obținută de puncte este înmulțită cu 10 și împărțită la 8
De la 5 pînă la 14	Activitatea cotidiană	Suma obținută de puncte este înmulțită cu 10 și împărțită la 20
De la 15 pînă la 18	Relațiile familiare și personale	Suma obținută de puncte este înmulțită cu 10 și împărțită la 8
De la 19 pînă la 22	Activitatea profesională	Suma obținută de puncte este înmulțită cu 10 și împărțită la 8
De la 23 pînă la 32	Dereglările fiziologice	Suma obținută de puncte este înmulțită cu 10 și împărțită la 20
De la 33 pînă la 36	Corelațiile cu medicul	Suma obținută de puncte este înmulțită cu 10 și împărțită la 8
De la 37 pînă la 39	Sumăm punctele conform scării VAS pentru fiecare din cele trei întrebări	

Suma totală minimal posibilă de puncte – **0**, ce corespunde absenței influenței bolii venoase cronice asupra calității vieții pacientului.

Suma maximal posibilă de puncte – **90** (6 x 10 + 3 x 10), ce corespunde celei mai severe suferințe a pacientului din cauza bolii venoase cronice.

* Guex JJ, Rahhali N, Taïeb C. The patient's burden of chronic venous disorders: construction of a questionnaire. *Phlebology*. 2010 Dec;25(6):280-5. [53]

* Casian D, Gutsu E, Culiuc V. Validation of the Romanian translation of the ABC-V (Assessment of Burden in Chronic Venous Disease) questionnaire. *Chirurgia (Bucur)*. 2013 May-Jun;108(3):381-4. [16]

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”
DIN REPUBLICA MOLDOVA

NICOLAE TESTEMIȚANU STATE UNIVERSITY
OF MEDICINE AND PHARMACY
OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA

MD-2004, Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 165, tel.: (+373) 22 205 701, fax: (+373) 22 242 344, rector@usmf.md, www.usmf.md

04.09.2017 nr. 03-2975

la nr. _____ din _____

Act de implementare didactică

Rezultatele cercetărilor obținute în cadrul studiului științific la teza de doctor în medicină „Rezultatele la distanță ale tratamentului chirurgical al maladii varicoase a membrilor inferioare: aspecte clinice și hemodinamice” a dlui **Maloghin Vasile**, competitor la Catedra chirurgie-generală semiologie nr.3 a USMF „Nicolae Testemițanu”, au fost implementate în procesul didactic realizat la medici rezidenți chirurghi la Catedra chirurgie-generală semiologie nr.3 a USMF „Nicolae Testemițanu”.

Prorector

pentru asigurarea calității și integrării

în învățământ, dr. hab. în med., prof. univ.,



Olga Cernetchi

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA
INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ
PUBLICĂ
SPITALUL CLINIC MUNICIPAL Nr.1

MD 2001, mun. Chișinău str. Melestiu, 20
Tel. +373 270479; Fax +373 809532
www.scml.md, e-mail: scml@ms.md
scmladm@mail.ru

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ТРУДА
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
РЕСПУБЛИКИ МОЛDOVA
ПУБЛИЧНОЕ МЕДИКО-
САНИТАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
МУНИЦИПАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА №1

МД 2001, мун. Кишинэу ул. Мелесту, 20
Тел. +373 270479; Факс +373 809532
www. scml.md, e-mail: scml@ms.md
scmladm@mail.ru

APROB

/ Director IMSP SCM nr.1

Dr.șt.med., conf. univ.

Iurie Dondiu

Act de implementare

1. **Denumirea propunerii de implementare:** Efectuarea deconectării joncțiunii safeno-femorale strict pe linia plicii inghinale.
2. **De cine a fost propusă:** Vasile Maloghin, absolventul doctoratului, medic-chirurg; Eugen Guțu, profesor universitar.
3. **Unde a fost implementată:** IMSP SCM nr.1, mun. Chișinău.
4. **Perioada de implementare:** 2015-2017
5. **Rezultatele implementării metodei:** Efectuarea deconectării joncțiunii safeno-femorale strict pe linia plicii inghinale permite vizualizarea mai detaliată a acestei regiuni și reduce rata păstrării refluxului venos patologic și recidivei maladiei varicoase a membrilor inferioare.
6. **Implementarea este recomandată:** de a fi utilizată în procesul clinic al secțiilor chirurgicale ale IMSP SCM nr.1 pentru optimizarea rezultatelor intervențiilor chirurgicale în cazul varicelor membrilor inferioare.

Responsabil de implmmentare
Șef secție chirurgie aseptică
IMSP SCM nr.1

Iurie Țugui

MS – RM

Consiliul Municipal Chişinău
DIRECȚIA SĂNĂȚII

Instituția medico-sanitară publică
SPITALUL CLINIC MUNICIPAL
„Sfântul Arhanghel Mihail”

2005, or. Chişinău, str. Arhanghel Mihail,38
tel.: 29-26-52 , fax.: 24-14-88

MЗ - РМ

Муниципальный Совет Кишинэу
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Общественное мед.санитарное учреждение
Муниципальная Клиническая Больница
«Св. Архангел Михаил»

2005, г. Кишинэу, ул. Архангел Михаил,38
тел: 29-26-52, факс: 24-14-88

“12” 09 2017 Nr. 01110-398

APROB

Director IMSPSCM

„Sfântul Arhanghel Mihail”

Harghel Tatiana

Act de implementare

1. Denumirea propunerii de implementare: *Efectuarea duplex scanării preoperatorii cu marcarea punctelor cheie a refluxului venos patologic în cazul maladiei varicoase a membrilor inferioare.*
2. De cine a fost propusă: Vasile Maloghin, absolventul doctoratului, Evghenii Guțu, profesor universitar.
3. Unde a fost implementată: IMSPSCM « Sfântul Arhanghel Mihail»
4. Perioada de implementare: 2017-2019.
5. Rezultatele implementării metodei: Efectuarea duplex scanării preoperatorii în maladia varicoasă a membrilor inferioare cu marcarea punctelor cheie a refluxului venos patologic va permite micșorarea cazurilor de recidivă a acestei patologii.
6. Implementarea este recomandată: de a fi utilizată în procesul clinic al secțiilor chirurgicale. Prin efectuarea duplex scanării preoperatorii se va reduce rata de recidivă a maladiei varicoase ale membrilor inferioare.

Responsabil de implementare
Şef secție chirurgie

Andrei Singoreanu



Andrei Singoreanu

Declarația privind asumarea răspunderii

Subsemnatul, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Maloghin Vasile

Semnătura

Data

CURRICULUM VITAE

<p>Numele de familie și prenumele</p>	<p>Maloghin Vasile Data nașterii – 25.11.1977</p> 
<p>Locul de muncă</p>	<p>2005-prezent – IMSP SCM „Sfântul Arhanghel Mihail” 2003-2005 – Policlinica MOLDCOOP</p>
<p>Studii – superioare, doctorat, postdoctorat (instituție, perioada, specialitatea, calificarea)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2009-2013 – studii doctorale, USMF „Nicolae Testemițanu”; ▪ 2000-2003 – licențiat Chirurgie generală, studii rezidențiat, USMF „Nicolae Testemițanu”; ▪ 1994-2000 – licențiat în Medicină Generală, USMF „Nicolae Testemițanu”.
<p>Stagii (instituție, perioada, calificarea)</p>	<p>17-19 octombrie 2013, Timișoara, România. Curs de flebologie: „Metode moderne de diagnostic și tratament în BVC”.</p>
<p>Domeniile de interes științific</p>	<p>Chirurgie generală, chirurgie vasculară</p>
<p>Lucrări științifice și științificometodice publicate</p>	<p>13 articole publicate</p>
<p>Participări la foruri științifice (naționale și internaționale)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al XI-lea Congres al Asociației Chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova. A XXXIII-ea Reuniune a Chirurgilor din Moldova „Iacomi-Răzeșu”, Chișinău, Moldova, 27-30 septembrie 2011; 2. Al XI-lea Congres Român de Flebologie. Conferința Română de Chirurgie Ambulatorie, Timișoara, România, 7-8 octombrie, 2011; 3. The XIX-th Session of the Balkan Medical Days and the II Congress of Emergency Medicine of the Republic of Moldova, Chișinău, Moldova, 22-24 September 2013; 4. Al XII-lea Congres Român de Flebologie cu Participare Internațională, Conferința Română de Chirurgie Ambulatorie, Timișoara, România, 17-19 octombrie 2013; 5. A XXXVI-a Reuniune a chirurgilor din Moldova „Iacomi-Răzesu”. A VIII-a Conferință de chirurgie cu participare internațională, Piatra-Neamț, România, 23-26 octombrie 2014; 6. Al XII-lea Congres al Asociației Chirurgilor „Nicolae Anestiadi” din Republica Moldova, Chișinău, Moldova, 23-25 septembrie 2015;

	7. Conferința științifică „Nicolae Anestiade – nume etern al chirurgiei basarabene”, Chișinău, Moldova, 26 august, 2016.
Apartenența la societăți/asociații științifice	2003-prezent – Asociația Chirurgilor „N.Anestiadi” din Republica Moldova.
Cunoașterea limbilor	Rusa (C1), engleza (B1), franceza (B1), italiana (B1)
Date de contact de serviciu (adresa, telefon, e-mail)	Adresa: Str. A.Marinescu 48, ap 6, mun. Chișinău, Republica Moldova, MD-2051 Telefon mobil: (+373) 69 20 33 25 E-mail: vasilemaloghin@yandex.ru