

УДК 616.14.-007.64-02:616.147.3-008.64

## Варіанти клінічних проявів варикозного синдрому в умовах хронічної венозної недостатності та його хірургічна корекція

І.Я. ЗИМА

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

### VARIANTS OF CLINICAL SIGNS OF VARICOSE SYNDROME UNDER CONDITIONS OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY AND ITS SURGICAL CORRECTION

I.YA. ZYMA

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Проаналізовано результати обстеження та лікування 171 хворого з варикозною хворобою підшкірних вен із проявом хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок.

Виділено три варіанти проявів варикозного синдрому: а) периферичний – у 79 (46,2 %) пацієнтів; б) магістральний – у 37 (21,6 %) випадках; в) змішаний – у 55 (32,2 %) хворих.

Виходячи із клінічних даних та даних ультразвукового кольорового дуплексного сканування вен, у кожному конкретному випадку були використані комбіновані міні-інвазивні та ендоскопічні оперативні втручання. Основною метою цих втручань було збереження не уражених патологічним процесом головних підшкірних венозних магістралей нижніх кінцівок.

The results of examination and treatment of 171 patients with varicose disease of saphenas with the signs of chronic venous insufficiency of lower extremities are analysed.

Three variants of manifestations of varicose syndrome are selected: a) peripheral in 79 (46,2 %) patients, b) highway in 37 (21,6 %) cases and c) mixed – 55 (32,2 %) patients.

Basing on clinical information and data of ultrasonic coloured full-duplex scanning of veins the combined miniinvasive and endoscopic methods of operative interferences were used in each case. The primary purpose of these interferences was a maintenance of not-damaged by the pathological process main hypodermic venous highways of lower extremities.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Хронічна венозна недостатність є поліетіологічним синдромом, основним проявом та пусковим механізмом якого є порушення венозної гемодинаміки нижніх кінцівок. Варикозна хвороба (ВХ) та пов'язана із нею хронічна венозна недостатність (ХВН) нижніх кінцівок є найчастішою хворобою судин ніг [1, 5, 7]. Її частота коливається від 9,3 до 25,0 % за даними різних авторів [2, 3, 4, 6] і в середньому становить близько 15,0 % серед дорослого населення білої раси. Поряд із цим саме ХВН спричиняє тривалу непрацездатність і навіть інвалідність у 10,0-48,0 % випадків [6, 8, 9]. Прояви ВХ відрізняються значною варіабельністю, що частково пояснюється особливостями хірургічної анатомії вен [6] та зумовлює відсутність в опрацьованій літературі стандартизованих, індивідуальних критеріїв вибору тієї чи іншої хірургічної процедури для корекції варикозного субстрату ХВН. Тому функціональні та косметичні результати операцій значною мірою будуть зале-

жати від індивідуального вибору тих чи інших методів хірургічної корекції варикозної хвороби.

**Мета роботи:** встановити особливості клінічних проявів варикозної хвороби в умовах хронічної венозної недостатності з метою вибору оптимальної тактики хірургічного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано результати обстеження та хірургічного лікування 171 хворого на хронічну венозну недостатність нижніх кінцівок на ґрунті варикозної хвороби. За віком хворих до 60 років було 104 (60,8 %), 60-70 років – 41 (23,9 %) пацієнт та старших за 70 років – 26 (15,3 %) хворих. Чоловіків – 49 (28,6 %), жінок – 122 (71,4 %). Усім хворим при госпіталізації виконували загальноклінічні та лабораторні дослідження, що є необхідними як діагностичні тести перед плановою операцією, у тому числі стандартні клінічні тести для визначення ступеня тяжкості ХВН.

Для топічної та функціональної діагностики стану поверхневої та глибокої венозної системи кожному хворому проводили ультразвукове сканування (УЗКДС) на апараті "General Electric" фірми "Vivid" виробництва США, із обов'язковим маркуванням неспроможних перфорантних вен. Для ендоскопічної дисекції перфорантних вен використовували ендоскопічне обладнання фірм "CONCEPT", "STORZ".

**Результати досліджень та їх обговорення.** За клінічною класифікацією CEAP (табл. 1) у переважній кількості хворих (75- 43,8 %) діагностовано C<sub>4</sub> – C<sub>6</sub> стадії. Ця категорія хворих вимагала проведення детальної топічної та функціональної діагностики стану глибокої та поверхневої венозної системи.

Подальше об'єктивне обстеження виявило деякі особливості у локалізації та поширеності варикозного ураження поверхневих вен (табл. 2).

**Таблиця 1. Клінічні ознаки ВХ**

Клас за CEAP, кількість хворих (%)						
C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	C <sub>3</sub>	C <sub>4</sub>	C <sub>5</sub>	C <sub>6</sub>	Всього
16 (9,4)	20 (11,7)	60 (35,1)	50 (29,2)	17 (9,9)	8 (4,7)	171 (100,0)

Примітка. C<sub>1</sub>-C<sub>6</sub> – клінічні класи ВХ за класифікацією CEAP.

**Таблиця 2. Частота виявлення ураження вен за локалізацією**

Назва вени	Кількість хворих
Телеангіектазії, ретикулярні вени	16
ВПВ вище коліна	39
ВПВ нижче коліна	46
МПВ	17
Немагістральні ПВ	53
у тому числі із ураженням ПрВ	44

Примітки: 1) ВПВ – велика підшкірна вена;  
2) МПВ – мала підшкірна вена;  
3) ПВ – поверхневі вени;  
4) ПрВ – перфорантні вени.

Так, у 85 хворих (49,7 %) відмічено варикозне ураження ВПВ вище та нижче коліна із наявністю "вертикального скиду". Варикозне ураження немагістральних вен виявлено у 53 (31 %) пацієнтів.

Загалом, серед 171 хворого у 34 (19,9 %) випадках (табл. 3) було відсутнє ураження головних стовбурів (магістралей) підшкірних та перфорантних вен. Решта госпіталізованих – 137 (80,1 %) мала варикозну трансформацію сегмента ВПВ, МПВ – 90 (52,6 %) або ж тотальне (субтотальне) пошкодження МВ, що поєднувалося із варикозним ураженням КВ у 47 (27,5 %) хворих.

Цікавою є характеристика ураження вен залежно від їх локалізації на стегні та гомілці (табл. 4).

**Таблиця 3. Розподіл хворих на ВХ за поширеністю ураження**

Тип поширення ураження, кількість хворих (%)			Всього
ВХ без ураження МВ та ПрВ	ВХ із ураженням МВ та ПрВ	Поширена ВХ із ураженням і КВ, і МВ, і ПрВ	
34 (19,9)	90 (52,6)	47 (27,5)	171

Примітки: 1) МВ – магістральні підшкірні вени;  
2) ПрВ – перфорантні вени;  
3) КВ – колатеральні, немагістральні підшкірні вени.

**Таблиця 4. Локалізація та поширення варикозної трансформації вен**

Поширення ураження вен, кількість хворих (%)						Всього
ЕК		ЕМ		ЕП		
С	Г	С	Г	С	Г	
79 (46,2)		37 (21,6)		55 (32,7)		171

Примітки: 1) ЕМ – ектазія магістральних підшкірних вен;  
2) ЕП – ектазія перфорантних вен;  
3) ЕК – ектазія колатеральних, немагістральних підшкірних вен;  
4) С – стегно;  
5) Г – гомілка.

Відомо, що більшість неспроможних перфорантів локалізується на гомілці та майже 90 % їх впадає у немагістральні вени. Ймовірно, що саме такий чинник відіграє провідну роль у тому, що варикозне розширення колатералей (табл. 4) суттєво переважає частоту ушкодження МВ. Так, загалом немагістральні колатеральні вени були пошкоджені у 134 випадках, що майже у 2,1 раза частіше, ніж варикозна трансформація МВ, ізольоване пошкодження яких виявлено лише у 37 випадках (21,6 %). Ураження КВ на гомілці зустрічалося у 70 хворих, що складає 40,9 %, а колатеральні вени на стегні були з явищами ВХ у 64 (37,4 %) пацієнтів, що майже на 10 % рідше. Крім цього, більший чи менший ступінь та поширеність варикозного перетворення магістральних вен на стегні виявлена у 49 випад-

ках (28,7 %), а на гомілці – у 43 (25,1 %). Частота поєднаного ураження склала 32,7 % – 55 пацієнтів. При цьому кількість хворих із ураженням вен гомілки за умов поєднаного поширення ВХ майже у 1,6 раза більша порівняно з групою, де була ізольована ВХ магістралей. Загалом, ураження МВ та КВ стегна відмічено у 85 хворих (49,7 %), а гомілки – у 86 (50,3 %). Такі дані можуть свідчити про те, що роль венозних патологічних скидів, як вертикального, так і горизонтального, у виникненні ВХ майже однакова.

Однак, якщо проаналізувати розподіл поширеності ураження МВ на сегменти та анатомічні ділянки серед 92 (53,8 %) пацієнтів, у яких таке ураження мало місце, прослідковуються певні закономірності, що представлені у таблиці 5.

**Таблиця 5. Характеристика частоти варикозної трансформації МВ залежно від протяжності ураження**

Клінічна група, кількість хворих (%)	Протяжність					Всього
	ЛТ	СТ	ПТ	СБТ	ТТ	
Ектазія магістральних вен	5 (13,5)	15 (40,5)	9 (24,3)	6 (13,2)	2 (5,4)	37
Ектазія перфорантних вен	1 (1,8)	20 (36,4)	18 (32,7)	10 (18,2)	6 (10,9)	55
Всього	6 (6,5)	35 (38,0)	27 (29,4)	16 (17,4)	8 (8,7)	92

Примітки: 1) ЛТ – локальна трансформація на 1/3 довжини вени на стегні чи гомілці;

2) СТ – сегментарна трансформація на 2/3 довжини;

3) ПТ – поширена трансформація на усю гомілку або стегно;

4) СБТ – субтотальна трансформація, що виходить за межі гомілки або стегна;

5) ТТ – тотальна трансформація, що поширена на 2/3 або більше усієї довжини кінцівки.

Так, у більшості пацієнтів, які мали ізольовану ВХ магістральних вен, варикозний субстрат захоплював 2/3 або повністю стегно чи гомілку. Лише у 8 обстежених нами хворих було виявлено субтотальне або тотальне ураження, а майже у кожного сьомого хворого діагностовано ЛТ, що поширювалася не більше ніж на 1/3 стегна або гомілки і проявлялася відсутністю фазного кровотоку при диханні.

Поряд із цим необхідно відмітити, що із 55 хворих, де мало місце поєднання варикозного ураження МВ та КВ, лише у 10 (18,2 %) при обстеженні ми виявили субтотальне ураження ВПВ або МПВ, ще у 6 госпіталізованих хворих (10,9 %) трансформація ВПВ поширювалася на всю довжину головного стовбура, а у решти 39 (71,0 %) пацієнтів варикозно змінені магістралі захоплювали один, два та три сегменти, тобто усе стегно або гомілку. Такі дані вказують на певну етапність та послідовність ураження вен, що, ймовірно, пов'язано із поступовою декомпенсацією клапанного апарату та прогресуванням внаслідок цього процесу у вертикальному напрямку.

Таким чином, аналізуючи клінічні прояви ВХ, локалізацію субстрату ХВН та даних сонографії,

можна виділити такі клінічні форми варикозної хвороби нижніх кінцівок: периферична – при якій відсутні видимі та “пальповані” ураження магістралей підшкірних вен – таких пацієнтів, за нашими даними, 79 (46,2 %); магістральна форма – коли у варикозний процес втягнуті основні стовбури ПВ гомілки і (або) стегна із компенсацією та декомпенсацією остіального клапана та клапанів ВПВ, без ураження колатералей – 37, тобто 21,6 % випадків, а також третя – поєднана або змішана форма – за умови клінічних змін як у магістралях, так і в колатеральних підшкірних венах ніг – діагностовано у 55 хворих – 32,2 % наших спостережень.

Подібне виділення клінічних форм ВХ дозволяє спланувати тактику оперативного втручання у кожному конкретному випадку та вибрати певні оперативні методики.

Виходячи із отриманих клінічних варіантів ВХ стало можливим вибрати індивідуальний підхід до вибору методів хірургічної корекції вищезгаданої патології. Так, у 76 хворих із периферичною формою ВХ при відсутності варикозної трансформації МВ та спроможності їх венозних клапанів виконані органо-

щадні операції у різних варіантах із збереженням МВ: мініфлебектомія (у всіх 76 хворих), катетерна пініста склеротерапія (35 хворих), субфасціальна ендоскопічна дисекція перфорантних вен (17 випадків).

Із 37 хворих із магістральною формою ВХ, у 9 пацієнтів виконано кросектомію та лазерну облітерацію МВ, а у 28 хворих – класичну сафенектомію (кросектомію, короткий або довгий стріпінг).

У 55 хворих із змішаною формою ВХ хірургічна тактика полягала у застосуванні комбінації оперативних втручань для усунення вертикального та горизонтального рефлюксу. Так, у цієї категорії пацієнтів були виконані у різних комбінаціях такі

оперативні втручання: класична венектомія, мініфлебектомія, катетерна ПСТ “відключених” від МВ колатеральних вен та субфасціальна ендоскопічна дисекція перфорантних вен при встановленні їх декомпенсації (субкомпенсації) УЗД.

**Висновок.** Виділення перебігу варикозної хвороби нижніх кінцівок за клінічними формами із додатковим УЗД венозної системи дозволяє індивідуалізувати програму оперативного втручання, що, без сумніву, буде впливати на поліпшення функціональних та косметичних результатів лікування цієї хвороби.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Гавриленко А.В., Вахратьян П.Е. Рецидив или продолжение варикозной болезни – вот в чем вопрос? // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2007. – Т. 13, № 1. – С. 86-89.
2. Гуч А.А., Чернуха Л.М. Варикозная болезнь. Классификация, ультразвуковая диагностика // Клінічна хірургія. – 2004. – № 3. – С. 46-51.
3. Пиптюк О.В., Сабадош Р.В., Гончар М.Г. Варіанти варикозного синдрому, при яких недоцільне тотальне видалення великої чи малої підшкірних вен // Клінічна флебологія. – 2008. – № 1 (1). – С. 49-52.
4. Український Консенсус із лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок. – К., 2005. – С. 20.

5. Введенский А.Н., Грицанов А.И., Стойко Ю.М. Венозные синусы как главный элемент мышечно-венозной помпы голени // Междунар. мед. обзоры. – 1994. – Т. 2, № 1. – С. 50-53.
6. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. Флебология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
7. Стойко Ю.М., Лыткин М.И., Шайдаков Е.В. Венозная гипертензия в системе полых вен. – СПб., 2002. – 276 с.
8. Coleridge Smith Microcirculation in venous disease. – 2nd ed. – Austin, Texas, U.S.A.: Landes bioscience, 1998. – 234 p.
9. Handbook of venous disorders. 2nd ed. / ED by P. Gloviczki, J.S.T. Yao. – Hod-der & Stoughton Educational, 2001. – 613 p.