

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗА СИСТЕМОЮ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ ВЕНОЗНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РЕЦИДИВОМ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗА СИСТЕМОЮ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ ВЕНОЗНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РЕЦИДИВОМ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК – Метою дослідження стало оцінити тяжкість клінічного перебігу хронічної венозної недостатності за системою оцінки тяжкості венозної патології у пацієнтів із варикозною хворобою вен нижніх кінцівок, у тому числі із її рецидивом. В дослідження включено 286 пацієнтів із рецидивом варикозної хвороби вен нижніх кінцівок. Оцінку стану венозної системи нижньої кінцівки проведено за клінічними та ультрасонографічними даними. Середній показник тяжкості клінічного перебігу хронічної венозної недостатності за шкалою оцінки тяжкості клініки у пацієнтів із рецидивом варикозної хвороби вен нижніх кінцівок становив $(11,22 \pm 0,82)$ бала, за шкалою посегментної оцінки тяжкості венозної патології – $(3,16 \pm 0,67)$ бала, за шкалою оцінки втрати працездатності – $(1,41 \pm 0,37)$ бала. Найадекватнішим способом оцінки тяжкості клінічного перебігу та ефективності хірургічного лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок у хворих із її рецидивом є система оцінки тяжкості венозної патології, котра органічно доповнює описові класифікації CEAP та REVAS.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПО СИСТЕМЕ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ВЕНОЗНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВОМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ – Целью исследования является оценка тяжести клинического течения хронической венозной недостаточности по системе оценки тяжести венозной патологии у пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей, в том числе с ее рецидивом. В исследование включено 286 пациентов с рецидивом варикозной болезни вен нижних конечностей. Оценку состояния венозной системы нижних конечностей проведено по клиническим и ультрасонографическим данным. Средний показатель тяжести клинического течения хронической венозной недостаточности по шкале оценки тяжести клиники у больных с рецидивом варикозной болезни вен нижних конечностей составлял $(11,22 \pm 0,82)$ балла, по шкале посегментной оценки тяжести венозной патологии – $(3,16 \pm 0,67)$ балла, по шкале оценки потери трудоспособности – $(1,41 \pm 0,37)$ балла. Лучшим способом оценки тяжести клинического течения и эффективности хирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей у больных с ее рецидивом является система оценки тяжести венозной патологии, которая органично дополняет описательные классификации CEAP и REVAS.

THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY ACCORDING TO THE ASSESSMENT SYSTEM OF SEVERITY OF VENOUS PATHOLOGY IN PATIENTS WITH THE RECURRENT VARICOSE VEINS OF THE LOWER EXTREMITIES – The aim of the study was to assess the clinical severity of chronic venous insufficiency in patients with the recurrent varicose veins of the lower extremities using the Venous Severity Assessment System. 286 patients with the recurrent varicose veins of the lower extremities were examined. Assessment of the venous disease clinical severity was done using the clinical and ultrasonographic data. The average clinical severity of chronic venous insufficiency according to the Clinical Severity Assessment was $(11,22 \pm 0,82)$ points, and according to the Venous Segmental Assessment was $(3,16 \pm 0,67)$ points, and

according to the Venous Disability Assessment was $(1,41 \pm 0,37)$ points. Venous Severity Assessment System is the best method to assess the clinical severity of chronic venous insufficiency and the efficacy of surgical treatment of varicose veins of the lower extremities as well as recurrent varicose veins, and naturally complements the descriptive classification like CEAP and REVAS.

Ключові слова: рецидив варикозної хвороби вен нижніх кінцівок, система оцінки тяжкості венозної патології.

Ключевые слова: рецидив варикозной болезни вен нижних конечностей, система оценки тяжести венозной патологии.

Key words: recurrent varicose veins of the lower extremities, Venous Severity Assessment System.

ВСТУП Рецидив варикозної хвороби вен нижніх кінцівок (РВХНК), за даними різних авторів, становить від 15–99 %, що є актуальною медичною та соціальною проблемою [1–5].

Основою діагнозу варикозної хвороби вен нижніх кінцівок (ВХНК), у тому числі РВХНК, як прояву хронічної венозної недостатності (ХВН), є класифікація CEAP, котра враховує клінічні, етіопатогенетичні, анатомічні та патофізіологічні аспекти захворювання вен нижніх кінцівок. Класифікація CEAP, розроблена Міжнародним узгоджуваним комітетом, організованим Американським венозним форумом спільно з Асоціацією судинних хірургів і МСФ, в 1994 році та введена у стандарти судинної хірургії з 1995 року [6–9].

З метою адекватної оцінки стану венозної системи у пацієнтів із РВХНК М. R. Perrin et al. (1998 р., 2006 р.) розробили та опублікували адаптовану класифікацію REVAS, котра визнана Світовим флебологічним товариством [9–11].

Однак CEAP та REVAS є лише описовими класифікаціями, що не дають визначення тяжкості хронічної венозної недостатності та рівня якості життя. R. B. Rutherford et al. (2000 р.) від імені Американського венозного форуму опублікували модель розрахунку тяжкості венозної патології, яку вважають невід’ємною складовою діагностичного процесу у хворих із венозною патологією та доповнює класифікацію CEAP. Створена ними система оцінки тяжкості венозної патології (COT) включає шкалу оцінки тяжкості клініки (ШОТК), шкалу посегментної оцінки тяжкості венозної патології (ШПОТ) та Шкалу оцінки втрати працездатності (ШОВП). Незважаючи на те, що валідність COT остаточно ще не доведено, вона визнана флебологами і рекомендована до застосування у клінічній практиці та в наукових дослідженнях. S. K. Kakkos et al. (2003 р.) довели високу спроможність цієї системи в оцінці ефективності венозної хірургії. M. H. Meissner et al. (2002 р.), M. A. Ricci et al. (2003 р.), M. A. Passman et al. (2010 р.)

показали високий рівень кореляції COT із класифікацією CEAP та ефективність її для оцінки клінічного перебігу венозної патології і прогресування ХВН [8, 9, 12–16].

Метою дослідження стало дослідити тяжкість клінічного перебігу ХВН за COT у пацієнтів із ВХНК, в тому числі із її рецидивом.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ В дослідження включено 286 пацієнтів, госпіталізованих у відділення судинної хірургії комунального закладу Тернопільської обласної ради “Тернопільська університетська лікарня” з приводу рецидиву варикозної хвороби вен нижніх кінцівок. Усім обстеженим хворим від 8 місяців до 7 років тому проведено хірургічне лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок. Поділяли хворих за статтю наступним чином: жінок – 198 (69,23 %), чоловіків – 88 (30,77 %). Поділяли хворих за віком чином: від 30 до 40 років – 22 пацієнтів (7,69 %), від 40 до 50 років – 106 (37,06 %), від 50 до 60 років – 134 (46,85 %), від 60 до 70 років – 24 (8,40 %).

Усім хворим проведено суб’єктивне та об’єктивне клінічне дослідження, а також ретельне дуплексне ультразвукове дослідження вен нижніх кінцівок із вивченням гемодинаміки в системі поверхневих, глибоких та перфорантних вен відповідно до протоколу.

За клінічними та ультрасонографічними даними дано оцінку венозної системи нижньої кінцівки за COT. За ШОТК оцінюють тяжкість 9 симптомів ХВН та необхідність застосування компресійної терапії у балах від 0 до 3 (0 – відсутній симптом, 1 – м’який, 2 – помірний, 3 – виражений). Лише один симптом визначається суб’єктивно пацієнтом, всі інші – об’єктивні. Градацію клінічної симптоматики показано в таблиці 1.

ШПОТ передбачає урахування тяжкості та різного впливу на венозну гемодинаміку різних сегментів венозної системи нижніх кінцівок. Залежно від виявленого при ультразвуковому дослідженні венозного рефлюксу і/або обструкції/оклюзії виставляють відповідну кількість балів. При цьому найвищий бал за сегмент ставлять при наявності рефлюксу через усі клапани відповідного сегмента або при повній (100 % просвіту) обструкції/оклюзії вени. В інших випадках – пропорційно.

ШОВП є чотирибальною шкалою (від 0 до 3 балів): 0 балів — відсутня суб’єктивна клінічна симптоматика ХВН; 1 бал — пацієнти із симптоматикою ХВН, котрі здатні без додаткових засобів здійснювати звичайну повсякденну діяльність; 2 бали – хворі, котрі здатні здійснювати звичайну повсякденну діяльність при використанні компресійної терапії; 3 бали — пацієнти, котрі не здатні здійснювати звичайну повсякденну діяльність навіть при використанні компресійної терапії. ШОВП має значення лише як показник для експертизи непрацездатності, але його не використовують для оцінки клінічного перебігу, тяжкості захворювання та ефективності лікувальних процедур.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При клінічному обстеженні у всіх 286 хворих виявлено клінічно значиму симптоматику захворювання: усі пацієнти із класом S за CEAP, класом R+ за REVAS. При цьому клінічний клас C1 виявлено у 173 хворих (60,5 %), C2 виявлено у 286 хворих (100,0 %), C3 – у 198 хворих (69,2 %), C4a – у 34 хворих (11,9 %), C4b – у 16 хворих (5,6 %), C5 – у 28 хворих (9,8 %), C6 – у 36 хворих (13,6 %).

За даними клінічного обстеження нижніх кінцівок проведено оцінку тяжкості клінічного перебігу веноз-

Таблиця 1. Градація вираженості клінічної симптоматики за ШОТК

Атрибут	М’який (1 бал)	Помірний (2 бали)	Виражений (3 бали)
Біль	Виникає інколи, не кожен день, але незначно знижує активність або іноді потребує анальгетиків	Знижує активність, дещо обмежує, часто потребує використання анальгетиків	Щоденний, гострий, значно обмежує, постійне використання анальгетиків
Варикозні вени*	Деякі варикозно розширені вен, уражені гілки ВПВ і/або МПВ, їх стовбури спроможні	Множинні варикозно розширені вени, рефлюкс по невеликому сегменту ВПВ і/або МПВ	Виражений варикоз, субтотальний або тотальний рефлюкс по ВПВ і/або МПВ
Венозний набряк	Вечірній набряк у ділянці кісточок	Післяобідній набряк вище кісточок	Ранковий набряк вище кісточок, потребує зміни активності, підняття ніг вгору
Шкірна пігментація	Дифузна, але займає обмежену ділянку, стара (коричнева)	Дифузна, в межах 1/3 гомілки, або свіжа (пурпурна)	Широко розповсюджена, понад 1/3 гомілки, свіжа (пурпурна)
Запалення	Легкий обмежений целюліт, у тому числі крайове запалення навколо трофічної виразки	Помірне запалення, що займає більшу частину гомілки	Гострий целюліт або венозна екзема
Індурація	Фокальна, до 5 см	Медіальна або латеральна, до 1/3 гомілки	Поширюється на нижню третину гомілки і далі
Загальна кількість трофічних виразок	1	2 – 4	Понад 4
Активне виразкування	До 3 місяців	Від 3 місяців до 1 року	Понад 1 рік
Розмір активної трофічної виразки	До 2 см	2 – 4 см	Понад 4 см
Компресійна терапія	Періодичне використання компресії	Використання компресії більшу кількість днів	Постійне використання компресії

Примітки: 1. ВПВ – велика підшкірна вена; 2. МПВ – мала підшкірна вена.

Таблиця 2. Градація впливу сегментів венозної системи нижньої кінцівки на тяжкість клінічного перебігу венозної патології за ШПОТ

Сегмент	Кількість балів	
	рефлюкс	обструкція/оклюзія
МПВ	0–0,5	–
ВПВ	0–1	0–1
Перфорантні вени стегна	0–0,5	–
Перфорантні вени гомілки	0–1	–
Глибокі вени гомілки	0–2	0–1
ПкВ	0–2	0–2
СВ	0–1	0–1
ГСВ	0–1	0–1
ЗСВ	0–1	0–2
Клубові вени	–	0–1
Нижня порожниста вена	–	0–1
Разом	0–10	0–10

Примітки: 1. ПкВ – підколінна вена; 2. СВ – стегнова вена; 3. ГСВ – глибока стегнова вена; 4. ЗСВ – загальна стегнова вена.

ної патології за ШОТК, що показано в таблиці 3. У всіх обстежених мав місце больовий синдром в нижній кінцівці. Більшість пацієнтів (61,2 %) суб'єктивно оцінила його ступінь як помірний. Венозний набряк спостерігали у 68,5 % хворих. При цьому в більшості пацієнтів має місце ранковий набряк вище кісточок, потребує зміни активності, підняття ніг вгору.

Індуративні та запальні зміни шкіри та підшкірної жирової клітковини, гіперпигментацію у пацієнтів із РВХНК спостерігали рідше. В 36 хворих мало місце активне виразкування. При цьому в 18 випадках виразкування тривало до 3 місяців, в 12 випадках – понад 1 рік. У більшості хворих (83,3 %) розміри виразки коливалися від 2–4 см.

93 пацієнти із РВХНК (32,5 %) постійно використовують компресію нижньої кінцівки для полегшення клінічної симптоматики ВХНК, 168 хворих (58,7 %) застосовують компресійну терапію більшу кількість днів.

Середній показник тяжкості клінічного перебігу ХВН за ШОТК у пацієнтів із РВХНК становив (11,22±0,82) бала.

При ультразвуковому дослідженні венозної системи нижньої кінцівки, на основі якого проведено посегментну оцінку тяжкості венозної патології (табл. 4), рефлюкс по МПВ виявлено у 18,9 % пацієнтів, по ВПВ – у 45,1 % хворих. Майже у всіх пацієнтів із РВХНК (94,1 %) виявлено неспроможні перфоранти гомілки. Серед глибоких вен нижньої кінцівки часто уражалися ЗСВ та ПкВ. Патологічний рефлюкс по ЗСВ було виявлено у 67,5 %, по ПкВ – у 29,7 %. Середній показник тяжкості клінічного перебігу ХВН за ШПОТ у пацієнтів із РВХНК становив (3,16±0,67) бала.

За ШОВП 3 бали виставлено 23 пацієнтам, 2 бали – 71, 1 бал – 192. Середній показник становить (1,41±0,37) бала.

Таблиця 3. Тяжкість клінічного перебігу ХВН за ШОТК у пацієнтів із РВХНК

Атрибут	Кількість хворих				Середнє значення, X±m
	відсутній (0 балів)	м'який (1 бал)	помірний (2 бали)	виражений (3 бали)	
Біль	0	50	175	61	2,04±0,76
Варикозні вени	0	0	0	286	3,00±0,00
Венозний набряк	88	24	33	141	1,79±0,34
Шкірна пігментація	252	0	20	14	0,29±0,17
Запалення	186	72	25	3	0,46±0,23
Індурація	250	58	34	29	0,74±0,25
Загальна кількість трофічних виразок	250	22	14	0	0,17±0,14
Активне виразкування	250	18	6	12	0,23±0,16
Розмір активної трофічної виразки	250	2	30	4	0,26±0,16
Компресійна терапія	0	25	168	93	2,24±0,45
Середній показник, X±m					11,22±0,82

Таблиця 4. Тяжкість клінічного перебігу ХВН за ШПОТ у пацієнтів із РВХНК

Сегмент	Наявність патологічного рефлюксу			Середнє значення, X±m
	відсутній	субкомпенсований	декомпенсований	
МПВ (0 – 0,5)	211	10	44	0,09±0,03
ВПВ (0 – 1)	157	65	64	0,34±0,06
Перфорантні вени стегна (0 – 0,5)	172	46	68	0,16±0,04
Перфорантні вени гомілки (0 – 1)	17	82	187	0,80±0,11
Глибокі вени гомілки (0 – 2)	258	1	27	0,19±0,04
ПкВ (0 – 2)	201	21	64	0,52±0,14
СВ (0 – 1)	122	78	86	0,44±0,12
ГСВ (0 – 1)	270	0	16	0,06±0,03
ЗСВ (0 – 1)	93	64	129	0,56±0,11
Середній показник, X±m				3,16±0,67

ВИСНОВКИ Найадекватнішим способом оцінки тяжкості клінічного перебігу та ефективності хірургічного лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок у хворих із її рецидивом є COT, що органічно доповнює описові класифікації CEAP та REVAS.

Перспективи подальших досліджень Перспективним є подальше вдосконалення COT та її використання для оцінки ефективності методів хірургічного лікування венозної патології, у тому числі для прогнозування розвитку та оцінки хірургічних методів профілактики РВХНК.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гуч А. А. Хирургическое лечение варикозного поражения большой подкожной вены ноги. Современные взгляды на старые проблемы / А. А. Гуч, Л. М. Чернуха, А. О. Боброва // Клінічна хірургія. – 2010. – № 2. – С. 15–20.
2. Чернуха Л. М. Проблема варикозной болезни нижних конечностей сегодня. Наиболее дискуссионные вопросы / Л. М. Чернуха, А. А. Гуч, А. О. Боброва // Хірургія України. – 2010. – № 1. – С. 42–49.
3. Ali S. M. Results and significance of colour duplex assessment of the deep venous system in recurrent varicose veins / S. M. Ali, M. J. Callam // European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. – 2007. – Vol. 34. – P. 97–101.
4. Rooke T. W. Vascular medicine and endovascular interventions / T. W. Rooke, T. M. Sullivan, M. R. Jaff. – Columbia : Blackwell Futura, 2007. – 331 p.
5. Vascular surgery / L. Hands, M. Murphy, M. Sharp, S. Ray-Chaudhuri. – New York : Oxford University Press. – 2007. – 471 p.
6. The “C” of CEAP: suggested definitions and refinements : an International Union of Phlebology conference of experts / C. Allegra, P.-L. Antignani, J. J. Bergan [et al.] // Journal of Vascular Surgery. – 2003. – Vol. 37. – P. 129–131.
7. Results of a questionnaire regarding improvement of “C” in the CEAP classification / P. L. Antignani, A. Cornu-Thenard, C. Allegra [et al.] // European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. – 2004. – Vol. 28. – P. 177–181.
8. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders : consensus statement / B. Eklof, R. B. Rutherford, J. J. Bergan [et al.] // Journal of Vascular Surgery. – 2004. – Vol. 40. – P. 1248–1252.
9. Labropoulos N. Venous and lymphatic diseases / N. Labropoulos, G. Stansby. – New York : Taylor & Francis Group. – 2006. – 559 p.
10. Perrin M. Intra- and inter-observer reproducibility of the recurrent varicose veins after surgery (REVAS) classification / M. Perrin, F. A. Allaert // European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. – 2006. – Vol. 32. – P. 326–332.
11. Perrin M. R. Presentation of the patient with recurrent varices after surgery (REVAS) / M. R. Perrin, N. Labropoulos, L. R. Leon // Journal of Vascular Surgery. – 2006. – Vol. 43. – P. 327–334.
12. Kakkos S. K. Validation of the new venous severity scoring system in varicose vein surgery / S. K. Kakkos, M. A. Rivera, M. I. Matsagas [et al.] // Journal of Vascular Surgery. – 2003. – Vol. 38. – P. 224–228.
13. The utility of the venous clinical severity score in 682 limbs treated by radiofrequency saphenous vein ablation / M. A. Vasquez, J. Wang, M. Mahathanaruk [et al.] // Journal of Vascular Surgery. – 2007. – Vol. 45. – P. 1008–1015.
14. Gillet J. L. Clinical presentation and venous severity scoring of patients with extended deep axial venous reflux / J. L. Gillet, M. R. Perrin, F. A. Allaert // Journal of Vascular Surgery. – 2006. – Vol. 44. – P. 588–594.
15. Evaluating chronic venous disease with a new venous severity scoring system / M. A. Ricci, J. Emmerich, P. W. Callas // Journal of Vascular Surgery. – 2003. – Vol. 38. – P. 909–915.
16. Rutherford R. B. Venous severity scoring : an adjunct to venous outcome assessment / R. B. Rutherford, F. T. Padberg, A. J. Comerota [et al.] // Journal of Vascular Surgery. – 2000. – Vol. 31. – P. 1307–1312.

Отримано 01.11.11