

УДК 616.147.3-007.64

## АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

В.Б. Гоцинський, О.Б. Луговий, О.З. П'ятничка, І.Я. Зима

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

**Реферат.** Однією із найбільш поширених патологій периферичних судин є хронічна венозна недостатність (ХВН) нижніх кінцівок, яка за даними світових флебологічних центрів виявляється у 22 – 45% осіб старших 30 років. В Україні на вказану патологію страждає близько 17% населення. Однак незважаючи на суттєвий прогрес у лікуванні цієї патології залишається значним відсоток рецидивів захворювання та прогресування ознак ХВН, незважаючи на виконання рутинних «тотальних», «парціальних» чи «сегментарних», або ж «міні-», ендовенозних флебектомій. Проаналізовано результати лікування 205 хворих на варикозний синдром. З приводу ВС на ґрунті первинної ектазії та трансформації підшкірних вен прооперовано 100 хворих з використанням традиційних методик, з використанням відео-ендоскопічних – 71 пацієнт та інших малоінвазивних втручань – 34. Хронічну венозну недостатність (ХВН) – I ступеня (C1 – C2) діагностовано у 20,6% хворих, ХВН – II (C3 – C4) виявлено у 64,5% та ХВН – III (C5 – C6) – у 14,9% пацієнтів відповідно. З приводу рецидиву варикозного синдрому прооперовано 23 хворих (16,3%). Представлено частоту та локалізацію недостатності клапанів залежно від клінічних та сонографічних проявів хронічної венозної недостатності. ХВН як «фінальний акорд» неспроможності венозної системи в поєднанні або ж внаслідок трансформації, чи ектазії вен нижніх кінцівок формують варикозний синдром, що не завжди має чітку етіологію та клінічні прояви, а часто на «субклінічних стадіях» може продовжуватися тривалий час.

**Ключові слова:** хронічна венозна недостатність, варикозний синдром, недостатність клапанів.

Однією із найбільш поширених патологій периферичних судин є хронічна венозна недостатність (ХВН) нижніх кінцівок, яка за даними світових флебологічних центрів виявляється у 22 – 45% осіб старших 30 років. В Україні на вказану патологію страждає близько 17% населення [1, 2]. Кінцевою стадією розвитку ХВН у 90% випадків при відсутності адекватного лікування є поява трофічних виразок на індуrowаній та гіперпігментованій шкірі гомілок та інвалідація хворих [3].

Поряд із цим в останнє десятиліття досягнуто значних успіхів як у діагностиці, так і у лікуванні вказаної категорії хворих завдяки запровадженню у клінічну практику кольорового дуплексного сканування вен нижніх кінцівок та сучасних у тому числі й малоінвазивних хірургічних втручань [4, 7].

Однак незважаючи на суттєвий прогрес у лікуванні цієї патології залишається значним

відсоток рецидивів захворювання та прогресування ознак ХВН, незважаючи на виконання рутинних «тотальних», «парціальних» чи «сегментарних», або ж «міні-», ендовенозних флебектомій [5, 8].

**Мета роботи:** покращити результати лікування хворих на ХВН на основі оптимізації діагностичної програми у пацієнтів із варикозним синдромом (ВС).

### Матеріал та методи

Проаналізовано результати хірургічного лікування 205 хворих на хронічну венозну недостатність нижніх кінцівок на ґрунті варикозної хвороби. За період 2006 – 2008 років на базі хірургічного відділення лікарні № 2 м. Тернополя з приводу ВС на ґрунті первинної ектазії та трансформації підшкірних вен прооперовано 100 хворих з використанням традиційних методик, з використанням відео-ендоскопічних – 71 та інших малоінвазивних втручань – 34 пацієнти. Із них 60,8% віком до 60 років, 23,9% – віком 60 – 70 років, та 15,3% хворих старших 70 років. Чоловіків – 28,8%, жінок – 71,2%. Хронічну венозну недостатність (ХВН) – I ступеня (C1 – C2) діагностовано у 20,6% хворих, ХВН – II (C3 – C4) виявлено у 64,5% та ХВН – III (C5 – C6) – у 14,9% пацієнтів відповідно. З приводу рецидиву варикозного синдрому прооперовано 23 хворих (16,3%).

Серед 205 обстежених та лікованих пацієнтів із ВС венозну форму ангіодисплазії не спостерігали. Окрім цього у амбулаторних умовах на базі «Центру хірургії одного дня» з використанням склерозантів та лазерних методик проліковано 34 пацієнти із ретикулярною та внутрішньошкірною формою варикозного синдрому.

Для топічної та функціональної діагностики кожному пацієнту проводилося ультразвукове кольорове дуплексне сканування (УЗКДС) венозної системи нижніх кінцівок із оцінкою стану як підшкірних, так і глибоких вен, а також обов'язковим маркуванням неспроможних перфорантних вен [6, 7, 8] та картуванням за оригінальною методикою ектазованих, варикозно трансформованих магістральних, колатеральних підшкірних вен нижніх кінцівок.

### Результати та обговорення

Як відомо вени системи нижніх кінцівок

поділяють на магістральні поверхневі та глибокі, перфорантні прямі та непрямі, а також комунікантні або колатеральні, що з'єднують між собою поверхневу, або ж глибоку венозну сітку [5]. Саме виходячи із цих даних усі 205 пацієнтів із ВС за клінічними ознаками та даними УЗКДС були нами розподілені на наступні групи: 1-а група – варикозний синдром з ектазією магістральних поверхневих і-або глибоких вен та трансформацією колатеральних вен (ВС з ЕМ+ТрК); 2 – а група – ВС із ектазією колатеральних та-або трансформацією магістральних вен (ВС з ЕК+ТрМ); 3 – я – ВС з трансформацією як магістральних так і колатеральних вен (ВС з ТрМ+ТрК) та 4 – а – ВС з ектазією магістральних та-або колатеральних вен ніг (ВС з ЕМ+ЕК), що представлено у таблиці 1.

Як бачимо з наведених у табл. 1 даних варикозний синдром із трансформацією магістральних вен виявлено у 102 пацієнтів, що складає 49,8% усіх нами обстежених. У той же час трансформацію колатералей підшкірних вен діагностовано у 84 (41,0%) усіх випадків. Поряд із цим лише у 3,8% госпіталізованих мало місце поєднане декомпенсоване ураження і магістральних, і колатеральних венозних судин, у той час як поєднання ектазії магістральних та колатеральних вен ми відмітили у 11,7%.

Тому нами проаналізовано та оцінено за

допомогою УЗКДС стан клапанів магістральних, колатеральних, а також прямих та непрямих перфорантних вен у вказаних чотирьох групах. Недостатність клапанів вказаних судин оцінювали за стандартною методикою, а отримані результати представлені у таблиці 2.

Аналізуючи результати, наведені у табл. 2 бачимо, що у жодному із випадків немає ізольованої недостатності клапанів тієї чи іншої системи вен нижніх кінцівок, хоча й прослідковуються певні тенденції. Зокрема – наявність недостатності клапанів не завжди призводить до трансформації вен цієї системи. Так, у першій групі у 3 випадках відмічено недостатність клапанів поверхневих магістральних вен без їх трансформації (5,0%). Виявлені рефлюкси по колатералях у 16,9% другої групи також не спричиняли їх трансформації. Не є винятком і четверта група дослідження, де загалом більше ніж у 21% був «скид» по магістральній поверхневій системі, а венозна сітка у цей час залишалася лише ектазованою. Проте, аналізуючи частоту трансформації вен у чотирьох групах бачимо, що достовірно впливає на частоту її виникнення наявність неспроможних прямих перфорантів.

Аналізуючи вище наведені дані, та ступінь венозної недостатності (ХВН) у всіх цих чотирьох групах слід зазначити, що наявність трансформованих венозних стовбурів завжди суп-

Розподіл хворих за даними УЗКДС

Таблиця 1

Групи за даними УЗКДС	Варикозна хвороба
ВС з ЕМ+ТрК	65 (18,5)
ВС з ЕК+ТрМ	83 (19,4)
ВС з ТрМ+ТрК	19 (3,8)
ВС з ЕМ+ ЕК	38 (11,7)
Всього	205

Характеристика функції клапанів венозної системи в умовах ВС

Таблиця 2

Групи за даними УЗКДС	Частота недостатності клапанів магістральних вен, к-ть (%)			Частота недостатності клапанів перфорантних вен, к-ть (%)			Всього хворих
	ПВ	ГлВ	КолПВ	ПП	НП	ПП+НП	
ВС з ЕМ+ТрК	3 (5,0)	12 (18,5)	65 (100,0)	12 (18,5)	10 (15,4)	35 (53,8)	65
ВС з ЕК+ТрМ	69 (83,1)	52 (62,7)	14 (16,9)	69 (83,1)	-	21 (25,3)	83
ВС з ТрМ+ТрК	19 (100,0)	16 (84,2)	19 (100,0)	12 (63,2)	-	7 (36,8)	19
ВС з ЕМ+ ЕК	8 (21,1)	12 (31,6)	5 (13,2)	8 (21,1)	4 (10,5)	4 (10,5)	38

проводжувалося важчим ступенем ХВН, особливо у випадку поєднаної трансформації коллатералей і магістральних вен – практично завжди мав місце клас С5-С6 за СЕАР.

Отже, ХВН як «фінальний акорд» неспроможності венозної системи в поєднанні або ж внаслідок трансформації, чи ектазії вен нижніх кінцівок формують варикозний синдром, що не завжди має чітку етіологію та клінічні прояви, а часто на «субклінічних стадіях» може продовжуватися тривалий час.

### З а к л ю ч е н н я

Таким чином, ультразвукове дуплексне сканування є методом вибору у діагностиці етіології та оцінці стану венозної системи нижніх кінцівок, а картування «хірургічної» причини варикозного синдрому дає змогу етіопатогенетично мотивувати об'єм втручання у кожному клінічному випадку.

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ВАРИКОЗНОГО СИНДРОМА

*В.Б. Гоцинский, О.Б. Луговий, О.З. Пятничка, И.Я. Зима*

**Реферат.** Одной из наиболее распространенных патологий периферических сосудов есть хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей, которая по данным мировых флебологических центров оказывается в 22 – 45% лиц старше 30 лет. В Украине на указанную патологию страдает около 17% население. Однако невзирая на существенный прогресс в лечении этой патологии остается значительным процент рецидивов заболевания и прогресса признаков ХВН, невзирая на выполнения рутинные «тотальные», «парциальных» или «сегментарных», или же «мини-», эндовенозных флектомий. Проанализированы результаты лечения 205 больных варикозным синдромом. По поводу ВС на почве первичной эктазии и трансформации подкожных вен прооперировано 100 больных с использованием традиционных методик, с использованием видео-эндоскопичных – 71 пациент и других малоинвазивных вмешательств – 34. Хроническую венозную недостаточность (ХВН) – I степени (C1 – C2) диагностировано в 20,6% больных, ХВН – II (C3 – C4) обнаружено в 64,5% но ХВН – III (C5 – C6) – в 14,9% пациентов соответственно. По поводу рецидива варикозного синдрома прооперировано 23 больных (16,3%). Представлена частота и локализация недостаточности клапанов в зависимости от клинических и сонографических проявлений хронической венозной недостаточности. ХВН как «финальный аккорд» несостоятельности венозной системы в сочетании или же в результате трансформации, эктазии вен ли нижних конечностей формируют варикозный синдром, который не всегда имеет четкую этиологию и клинические проявления, а часто на «субклинических стадиях» может продолжаться длительное время.

**Ключевые слова:** хроническая венозная недостаточность, варикозный синдром, недостаточность клапанов.

### THE MODERN GOING IS NEAR DIAGNOSTICS OF VARICOSE SYNDROME

*V.B. Goschinskiy, O.B. Lugoviy, O.Z. Pyatnichka, I.Ya. Zima*

**Abstract.** One of the most widespread pathologies of peripheral vessels there is chronic venous insufficiency (CVI) of lower extremities, which from data of world flebologic centers appears in 22 – 45% persons senior 30 years. In Ukraine on the indicated pathology suffers about 17% population. However without regard to substantial progress a percent of relapses of disease and progress of signs CVI is in treatment of this pathology considerable, without regard to implemmentations conservative «total», «minimalinvasive flebectomy». The results of treatment are analysed 205 patients with a varicose syndrome. Concerning VS on soil of primary ectasis and transformation of hypodermic veins it is operated 100 patients with the use of traditional methods, with the use of miniinvasive flebectomy (SAPS) is a 71 patient and other littleinvasion interferences – 34. Chronic venous insufficiency (CVI) – And degree (C1 – C2) it is diagnosed in 20,6% patients, CVI – II (C3 – C4) it is discovered in 64,5% but CVI – III (C5 – C6) – in 14,9% patients accordingly. Concerning the relapse of varicose syndrome it is operated 23 patients (16,3%). Frequency and localization of insufficiency of valves is presented depending on clinical and сонографічних displays of chronic venous insufficiency. CVI as a «final chord» of insolvency of the venous system in combination or as a result of transformation, whether ectasis veins of lower extremities form a varicose syndrome which has clear etiology and clinical displays not always, and often on the «subclinical stages» can proceed long time.

**Key words:** chronic venous insufficiency, varicose syndrome, insufficiency of valves.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Влайков Г.Г., Гуч А.А. Лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Новые альтернативы // Хірургія України. - 2002. - С.26-28.
2. 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.
3. Гуч А.А., Чернуха Л.М. Варикозная болезнь. Классификация, ультразвуковая диагностика // Клінічна хірургія – 2004 - № 3. - С.46-51.
4. Лишнева В.Ю. Хроническая венозная недостаточность: вопросы и ответы // Кровообіг та гемостаз – 2004 - № 2-3 - С.111-117.
5. Савельев В.С., Гологорский В.А, Кириенко А.И. и др. Флебология. Под ред. В.С. Савельева / М.: Медицина – 2001 - с.511.
6. Український Консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок / Київ – 2005 - с.20.
7. Myers K., Fris R., Jolley D. Treatment of varicose veins by endovenous laser therapy: assessment of results by ultrasound surveillance // M.J.A. – 2006 - Vol.185 (4) - P.199-202
8. Proebstle T.M., Krummenauer F., Min R. et al. Nonocclusion and early reopening of the great saphenous vein after endovenous laser treatment is fluence dependent // Dermatol Surg. – 2004 -Vol.30 - P.174-178.