

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель
министра здравоохранения



В.В. Колбанов

19 декабря 2002 г.

Регистрационный № 177–1202

**МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ВАРИКОЗНОГО
РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Витебский государственный медицинский университет

Авторы: канд. мед. наук, доц. В.И. Петухов, д-р мед. наук, проф. А.Н. Косинец

ВВЕДЕНИЕ

Варикозное расширение вен нижних конечностей относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям, поражает большое количество людей, приводит к значительным трудопотерям, а иногда и инвалидности. Заболеваемость варикозным расширением колеблется от 10–17 до 20–24%. Количество больных среди трудоспособного населения достигает 23,2%. По данным В.С. Савельева и соавт. (2001), количество больных с венозными тромбозами в 1999 г. вдвое превысило количество лиц с первично выявленным туберкулезом и впятеро — пациентов с ВИЧ-инфекцией, при этом до 40% тромбозов угрожают развитием тромбоза легочной артерии. Трофические язвы развиваются у больных варикозным расширением вен в 3,7–60% случаев. Основным методом лечения варикозного расширения в настоящее время является оперативный, хотя доля оперированных пациентов составляет не более 6–7%. Это обусловлено двумя основными причинами. Первая состоит в том, что варикозное расширение вен на ранних стадиях не подлежит оперативному лечению, вторая — в том, что больные боятся оперативного лечения и наркоза (Dimson S. et al., 1998), поэтому многие из них обращаются за врачебной помощью не тогда, когда появляются показания к операции, а когда имеются выраженные функциональные и морфологические нарушения. Это приводит к тяжелым осложнениям. В результате развития осложнений увеличиваются сроки лечения, отмечается рост временной нетрудоспособности, снижается эффективность оперативного лечения.

Большинство врачей, как правило, испытывают затруднения в оценке степени нарушения функции венозной системы, в установлении точного морфофункционального диагноза.

До настоящего времени не определено место флебосклерозирующей терапии в лечении варикозного расширения. Что касается техники и тактики склерозирующей терапии, то достаточно сказать, что последняя монография по этому вопросу на территории бывшего СССР вышла в 1948 г., то есть более 50 лет тому назад.

Применение склерозирующей терапии требует пересмотра классификации варикозного расширения, в частности по характеру расширения, распространенности, характеристике венозной стенки.

Внедрение такой классификации позволит, с одной стороны, более точно прогнозировать результаты лечения, с другой — уточнить показания, и, следовательно, еще точнее определить то место, которое, по нашему мнению, должна занять флебосклерозирующая терапия в системе лечения варикозной болезни.

Использование флебосклерозирующей терапии позволяет рассматривать варикозное расширение как *этапное* заболевание, которое по мере развития может подвергаться этапному лечению.

Предлагаемая нами методика позволяет более дифференцированно подходить к диагностике и лечению варикозного расширения, используя весь арсенал существующих в мировой практике методов флебологической помощи, сделать ее более адекватной различным проявлениям варикозного расширения.

Эта методика отличается от традиционного деления варикозного расширения на стадии по признакам чисто функциональных нарушений. Она является морфофункциональной, то есть учитывает как анатомические, так и функциональные особенности течения заболевания у каждого конкретного больного. Второй важной ее особенностью является то, что она более дискретна, чем существующие классификации, следовательно диагноз, поставленный в соответствии с нашей классификацией, точнее описывает патологию, что позволяет более дифференцированно подходить к лечению.

Методика оценки варикозных вен состоит из трех основных блоков: по локализации, по анатомическим признакам, по клиническому течению. Данные обследования вносятся в регистрационную карту (Приложение 1), а данные повторного осмотра — в карту повторного осмотра (Приложение 4).

При использовании данной методики нами разработан алгоритм принятия решения о применении флебосклерозирующей терапии, хирургического или комбинированного (склерозирующее + хирургическое) лечения. Это позволит охватить лечебными мероприятиями всю массу пациентов, страдающих варикозным расширением вен, начиная от начальных стадий и заканчивая запущенными формами. Данная программа позволяет рассматривать все этапы заболевания как ступени программированного поэтапного лечения варикозного расширения вен, не исключая систематического после-

довательного применения лекарственной и безлекарственной терапии, флебосклерозирующей терапии и хирургического лечения как по отдельности, так и в различных комбинациях, в зависимости от анатомических и функциональных проявлений варикозной болезни нижних конечностей.

Метод диагностики варикозного расширения вен нижних конечностей и алгоритм выбора метода лечения показаны к применению в хирургических отделениях поликлиник и стационаров.

Показания к применению: диагностика варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей.

Перечень необходимого оборудования. Для применения метода необходимо оборудование хирургического кабинета: кушетка, перевязочный стол, эластический бинт, жгут.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Для адекватной диагностики варикозного расширения вен нижних конечностей при обследовании больного необходимо выявить: 1) область распространения варикозного расширения; 2) тип расширения; 3) вид расширения; 4) тип венозной стенки; 5) оценить степень функциональных нарушений; 6) принять решение по лечению.

1. Выделяются следующие области распространения варикозного расширения:

- стопа;
- передневнутренняя область голени;
- задненаружная область голени;
- задненаружная область бедра;
- передневнутренняя область бедра;
- область устья большой подкожной вены (БПВ).

Локализации на стопе и в области устья БПВ являются запретными для флебосклерозирующей терапии. Вены, расположенные в задненаружной области бедра и голени, лучше поддаются флебосклерозирующей терапии, на передневнутренней области голени можно лечить обоими способами, для лечения БПВ на бедре склерозирующая терапия практически не применяется.

2. Типы расширения.

Магистральный тип. Характеризуется выраженным развитием варикозного процесса с образованием цилиндрических, мешотчатых или кавернозных расширений непосредственно в большой или малой подкожной вене, а также в 1–2 ветвях первого порядка.

Магистральный разветвленный тип. Мы считаем, что этот тип должен включать в себя наличие варикозно расширенных вен любого типа при наличии достаточно выраженной магистралы, а также варикозно расширенных притоков первого и второго порядка.

Рассыпной тип. Мы связываем это понятие с отсутствием четко выраженной магистралы. В хирургической практике он характеризуется прежде всего тем, что после выполнения операции Троянова практически невозможно выполнить операцию Бэбкока из-за наличия быстро суживающейся на бедре БПВ, которая уже на бедре может делиться на несколько ветвей, иногда даже не подвергающихся варикозному расширению. Внешне это проявляется наличием развитой сети варикозных вен или в системе одной из основных вен (большой или малой), или в зоне компетенции и той и другой одновременно, или же вообще всю сеть невозможно достоверно отнести ни к одной из них.

Сегментарный тип. Этот тип варикозного расширения в медицинской литературе практически не встречается. Как самостоятельная форма сегментарный тип расширения и не мог интересовать хирургов, так как для целей исключительно оперативного лечения большее значение имеет не столько форма расположения варикозных вен, сколько их объем и возможность удаления. Если иметь в виду комплексное лечение варикозной болезни, то сегментарный тип строения становится вполне самостоятельным, хотя и выявляется у 5,7% всех пациентов, обращающихся за помощью по поводу варикозной болезни.

Паравенозный тип. Это весьма разнообразная группа, которая включает в себя больных с отдельными узлами, «паучками», «звездочками», «прожилками».

3. Виды расширения.

Линейное расширение характеризуется более или менее равномерным расширением вены на всем ее протяжении, сопровожда-

ющееся, как правило, удлинением венозного ствола, вена при этом становится извитой.

Мешотчатое расширение характеризуется образованием отдельных варикозных узлов, диаметр которых намного превосходит первоначальный диаметр вены. Стенка такого мешка, как правило, тонкая, эластичная. Мешотчатое расширение может представлять собой как отдельный «солитарный» узел, так и избыточное расширение вены.

Кавернозноподобное расширение развивается, как правило, у больных, страдающих варикозной болезнью длительное время, при этом близлежащие вены с извитыми стволами теряют между своими стенками жировые прослойки, вены сближаются и образуют подобие сплетения.

Капиллярные расширения («звездочки», «паучки», прожилки») не являются собственно варикозным расширением вен, хотя часто его сопровождают. Эти элементы могут быть излечены инъекционными методами.

В 10,65% случаев встречаются комбинации описанных выше элементов.

4. Характер венозной стенки. Отдельно следует отметить характеристику сосудистой стенки у больных варикозным расширением. На практике встречаются вены с изолированными, ограниченными расширениями очень нежных, малых притоков, располагающихся непосредственно под кожей. Стенка таких вен чрезвычайно тонка и ранима. Подобные расширения не приводят к функциональным нарушениям, но порой представляют собой значительный косметический дефект. Такие изолированные расширения могут существовать самостоятельно. Это первый тип венозной стенки, которую мы условно называем *«тонкой»* веной.

Если имеется распространенное расширение (при этом варикозная вена мягкая и эластичная на всем протяжении и со всех сторон, легко сжимается пальцем и опорожняется, в ней не пальпируется уплотнений), такая вена получила название *«мягкой»*. Размер ее может быть значительным.

Третий тип венозной стенки — *«плотная»*, встречается чаще у мужчин, хотя может быть и у женщин. Внешне такая вена похожа

на «мягкую», однако ее стенка толще и более упругая на ощупь, в то же время эластичная. Передняя и задняя стенки легко соприкасаются при сдавлении, так как задняя стенка свободна и лежит, как правило, непосредственно на фасции.

При наличии длительного заболевания за счет сдавления расширяющейся веной окружающая ее клетчатка подвергается уплотнению и частично фиброзному перерождению. Если на передней стенке, прилежащей к коже, изменяющийся тканевой комплекс превращается в собственно варикозное расширение, то задняя полуокружность вены с окружающими тканями постепенно превращается в подобие желоба. Стенка этого желоба достаточно плотная, фиксирована к окружающим тканям. Она теряет эластичность и способность спадаться при обескровливании вены. Клинически это легко определяется в горизонтальном положении больного при поднятой конечности. Если «мягкая» вена при этом практически не видна или просматривается через кожу в виде синеватой полоски, то длительно существовавшая после опорожнения четко прослеживается в виде более или менее глубокой «канавки», повторяющей по своему ходу все изгибы варикозной вены. Этот момент, совершенно несущественный при оперативном лечении, имеет значение при проведении склерозирующей терапии.

Степень функциональных нарушений и степень анатомического поражения далеко не всегда параллельны.

5. Характеристика степени функциональных нарушений у больных варикозным расширением может быть описана десятью последовательными позициями:

- отсутствие нарушений;
- эпизодические отеки;
- чувство тяжести в ногах (гудят ноги);
- ночные судороги;
- систематические отеки;
- постоянные отеки;
- гиперпигментация кожи, дерматиты;
- хронические отеки (лимфостаз);
- плохое заживление ран, ссадин на голеньях;
- язвы.

Используя эти критерии выделяются следующие варианты клинического течения варикозного расширения вен нижних конечностей:

Неосложненное варикозное расширение. Компенсированным варикозное расширение можно называть только тогда, когда оно не имеет никаких клинических проявлений, а для восстановления нарушенного кровотока больной не должен прибегать ни к каким специальным приемам.

Осложненное варикозное расширение. Появление первых признаков функциональных нарушений относится к осложнениям варикозного расширения вен нижних конечностей. При варикозном расширении первыми осложнениями следует считать «эпизодические отеки» или «ночные судороги», но поскольку таких функциональных нарушений много и они весьма различны по уровню функциональных нарушений, мы выделяем три стадии осложненного варикозного расширения. Стадия с функциональными нарушениями характеризуется наличием эпизодических или систематических отеков, чувством тяжести в ногах и судорогами, предъязвенная — постоянными или хроническими отеками, гиперпигментацией или дерматитом. Таким образом, осложненным мы называем варикозное расширение, которое сопровождается функциональными нарушениями и не проявляется деструктивными нарушениями со стороны кожных покровов. К осложненному варикозному расширению относится также стадия, сопровождающаяся трофическими нарушениями — язвенная (медленно заживающие раны, закрытая язва, открытая язва).

Рецидивное варикозное расширение. Развивается у 14–15% оперированных пациентов и после склерозирующей терапии. Рецидивное варикозное расширение вен делится на две группы: истинных (чаще встречается после склерозирующей терапии, после операций крайне редко) и ложных рецидивов (появление новых вен после любого вида лечения), которые составляют основную массу рецидивов после операций.

Паравенозное варикозное расширение (телеангиоэктазии, «звездочки», по данным разных авторов). Практика подсказывает, что эти образования, будучи внутрикожными элементами, практически

всегда соединены с подкожной веной, хотя и очень малого диаметра. Здесь мы также выделяем две группы: локальных (проявляются в виде локальных фиолетовых образований, напоминающих паука) и диссеминированных эктазий (в виде отдельных тоненьких внутрикожных веточек, рассеянных на достаточно большой площади). Лечение этих ангиоэктазий представляет собой достаточно сложную проблему, однако в силу отсутствия патологических проявлений, выпадает из поля зрения ангиохирургии в общем и флебологии в частности (3,3%).

С учетом приведенных данных нами предложен новый метод оценки клинических проявлений и анатомических признаков варикозного расширения вен нижних конечностей (Приложение 2.)

6. Выбор метода лечения. Как правило, внутрикожный сегментарный и рассыпной типы варикозного расширения подлежат склерозирующему лечению, магистральный и разветвленный — хирургическому. Важное значение при выборе метода лечения имеет и вид расширения: мешотчатое и кавернозноподобное расширения преимущественно подлежат хирургическому лечению, линейное и капиллярное — флебосклерозирующей терапии. Характер венозной стенки также во многом определяет выбор хирурга: «тонкая» вена подлежит флебосклерозирующей терапии, «мягкая» и «плотная» могут быть как оперированы, так и подвергнуты склерозирующему лечению, «канавка» подлежит почти исключительно хирургическим вмешательствам. То же можно сказать и о форме дефекта. «Косметический» дефект лечится преимущественно склерозирующим методом, «анатомический» — хирургическим.

Существенным для решения вопроса о применении того или иного метода лечения является характер клинического течения заболевания. Очень хорошие результаты флебосклерозирующая терапия дает при паравенозной и рецидивной форме, а также в ряде случаев при неосложненном варикозном расширении. Осложненное варикозное расширение требует дифференцированного подхода, чаще применяется хирургическое лечение.

При выборе метода лечения варикозного расширения вен нижних конечностей целесообразно, кроме традиционного хирургического и склерозирующего лечения, включать технические приемы,

дополняющие эти два метода. Ограниченные хирургические вмешательства должны составлять часть программы флебосклерозирующей терапии, так же, как и склерозирующая терапия должна дополнять хирургическое лечение в различных вариантах и комбинациях.

Применение комбинированного лечения наиболее оправдано в случаях ложных послеоперационных рецидивов, остаточных трудно склерозируемых узлов, наличия крупных перфорантов, расширенных вен стопы. В большинстве случаев это ограниченные (малоинвазивные) вмешательства, связанные с необходимостью разобщить венозные системы голени и стопы. Наиболее часто встречается венозное сплетение у внутренней лодыжки голени, причем возможно самое разнообразное расположение ветвей. В таком случае следует производить резекцию внутренней краевой вены.

Второй проблемой, требующей комбинированного лечения, является неполная облитерация крупных узлов или их тромбоз. Эти узлы подлежат удалению с перевязкой всех впадающих в них ветвей. В этой же связи следует рассматривать и узлы, которые подверглись облитерации, однако в силу того, что они прилежали близко к коже, на месте узла остался плотный гиперпигментированный участок кожи с подлежащим рубцом. Показания к удалению такого узла носят больше косметический характер, однако этот аспект лечения среди пациентов, большинство которых составляют женщины, является немаловажным. Радикальные венэктомии после флебосклерозирующей терапии выполняются в связи с быстрым и полным рецидивом варикозной болезни. Если происходит рецидив, варикозное расширение вен появляется вновь, как правило, течение одного года от момента лечения, а первые признаки рецидива — в течение ближайших 3–4 мес.

Алгоритм выбора метода лечения варикозного расширения вен нижних конечностей представлен в Приложении 3. Нужно сопоставить данные по клиническому течению с анатомическими признаками. Если по анатомическим признакам допускаются различные методы лечения, выбирается наиболее инвазивный из них. Данный алгоритм позволяет дифференцированно подходить к назначению лечения с учетом сложившихся у больного клинических и анатомических

ческих проявления варикозного расширения, вплоть до его персонификации.

На основании предложенной методики формируется рабочий диагноз, позволяющий на основе алгоритма выбрать адекватный метод лечения.

Пример 1: неосложненное варикозное расширение вен задненаружной области правой голени и бедра. Рассыпной тип, линейное расширение, мягкая стенка, в форме анатомического дефекта. Лечение — флебосклерозирующая терапия.

Пример 2: осложненное предъязвенное варикозное расширение вен передневнутренней области левой голени и бедра. Магистральный разветвленный тип, линейное расширение, мягкая стенка, в форме анатомического дефекта. Лечение — хирургическое.

Пример 3: рецидивное варикозное расширение вен задненаружной области правой голени. Ложный рецидив, магистральный тип, линейное расширение, мягкая стенка в форме анатомического дефекта. Лечение — комбинированное.

Противопоказаний к применению метода и *осложнений* не выявлено.

Карта первичного осмотра больного варикозным расширением вен нижних конечностей

1. Фамилия _____ 2. Имя _____ 3. Отчество _____

4. Возраст _____ 5. Адрес _____

6. Жалобы на:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| 1. наличие варикозного расширения вен | 6. постоянные отеки |
| 2. эпизодические отеки | 7. гиперпигментацию, дерматит |
| 3. чувство тяжести в ногах | 8. хронические отеки |
| 4. ночные судороги | 9. плохое заживление ран |
| 5. систематические отеки | 10. язвы |

7. Лечился ли раньше:

ДА

НЕТ

систематически лекарства хирургически

эпизодически бинты ФСТ

8. Причины:

- | | |
|---------------------|------------------------------------------|
| 1. наследственные | а) мать; б) отец; в) другие родственники |
| 2. послеродовые | |
| 3. большие нагрузки | д) |
| 4. нет причин | |

9. Характеристика венозного русла

10. Локализация: правой _____ лет левой _____ лет

Большая 1 2

Малая 3 4

Бедренно-подколенная 5 6

11. Тип:

- | | |
|--------------------------------|--------------|
| 1. Магистральный | 3. Рассыпной |
| 2. Магистральный разветвленный | 4. Сегменты |

12. Состояние стенки вены:

- | | |
|------------------------|-----------------|
| 1. Линейное расширение | 3. Кавернозное |
| 2. Мешотчатое | 4. Внутрикожное |

13. Эластичность: 1. «тонкая» 2. «мягкая» 3. «канавка» 4. «плотная»

14. Пробы: Тренделенбурга + - Маршевая + -

15. Лечение:

1. % _____ ин. _____ мл, В _____ % _____ ин. _____ мл, В

2. % _____ ин. _____ мл, В _____ % _____ ин. _____ мл, В

3. % _____ ин. _____ мл, В _____ % _____ ин. _____ мл, В

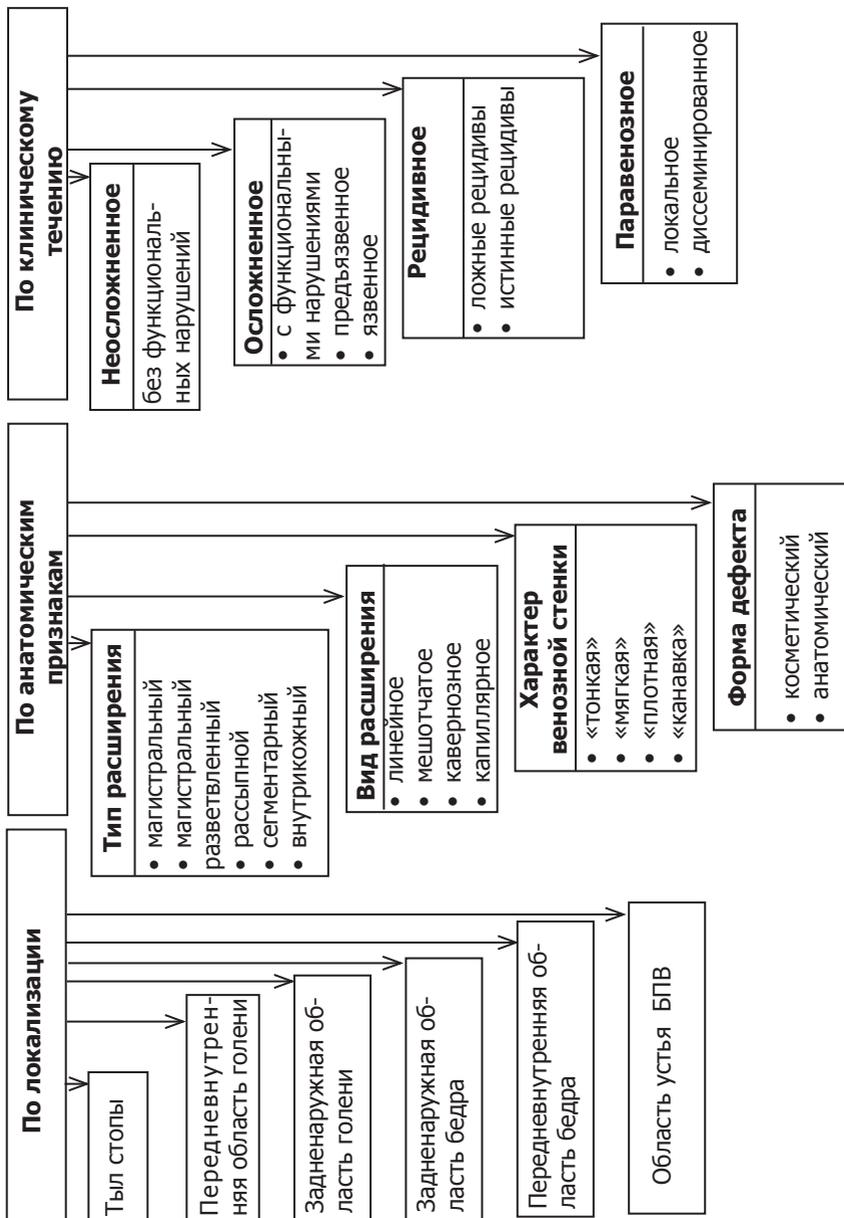
16. Боли первой ночи: да нет

17. Осложнения: 1. кровоизлияния 2. инфильтрат 3. флебит 4. некроз

18. Непосредственный результат:

1. отличный 2. хороший 3. удовлетворительный 4. неудовлетворительный

Классификация варикозного расширения вен нижних конечностей



Алгоритм выбора метода лечения варикозного расширения вен нижних конечностей

Клиническое течение Анатомические признаки	Неосложненная форма	Осложненная форма с функц. наруш.	Осложненная форма		язвенная	Рецидивная форма		Паравенозная локальная диссеминированная
			предъявленная	рецидивная		ложный рецидив	истинный рецидив	
Тип								
Магистральный								
Разветвленный								
Рассыпной								
Сегментарный								
Внутрикожный								
Вид								
Линейное								
Мешотчатое								
Кавернозное								
Капиллярное								
Стенка								
Тонкая								
Мягкая								
Плотная								
Канавка								
Дефект								
Косметический								
Анатомический								

	Хирургическое
	Комбинированное
	ФСТ
	Вариантов не существует

Карта повторного осмотра больного варикозным расширением вен нижних конечностей

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Дата завершения лечения _____ 200 г.

Дата повторного осмотра _____ 200 г.

Жалобы:

- | | |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> наличие варикозного расширения вен | <input type="checkbox"/> постоянные отеки |
| <input type="checkbox"/> эпизодические отеки | <input type="checkbox"/> гиперпигментация, дерматит |
| <input type="checkbox"/> чувство тяжести в ногах | <input type="checkbox"/> хронические отеки |
| <input type="checkbox"/> ночные судороги | <input type="checkbox"/> плохое заживление ран |
| <input type="checkbox"/> систематические отеки | <input type="checkbox"/> язвы |



- | | |
|-------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> в той же системе | <input type="checkbox"/> полный |
| <input type="checkbox"/> в другой системе | <input type="checkbox"/> частичный |

Сроки появления рецидивов:

1 мес.	12 мес.
3 мес.	18 мес.
6 мес.	24 мес.
более 24 мес.	



Дополнительные замечания _____

