

Менеджмент пацієнтів із варикозною хворобою

Набір практичних покрокових рекомендацій для судинних хірургів та флебологів АнгіоЛайф Венозний протокол® публікується вперше й ставить на меті полегшення прийняття рішення стосовно підходів до діагностики та лікування варикозної хвороби різного ступеня тяжкості, з урахуванням усіх наявних переваг та недоліків сучасних методів терапії варикозу.
Ключові слова: варикозна хвороба, хронічна венозна недостатність, алгоритм лікування варикозу.

Актуальність

Флебологія є однією з медичних спеціальностей, які зазнали найбільш активного розвитку протягом двох останніх десятиліть, оскільки фактично кардинально були переглянуті підходи до діагностики та лікування хронічної венозної недостатності (ХВН) нижніх кінцівок [1]. Водночас практичні лікарі продовжують стикатися як із діагностичними труднощами, так і зі складними рішеннями щодо вибору оптимальної тактики лікування в конкретному клінічному випадку [2]. Опубліковані клінічні рекомендації (розроблені такими авторитетними спільнотами, як European Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, National Institute for Health and Care Excellence, та багато інших) є надзвичайно корисними інструментами, у яких відображені основні аспекти для роботи сучасних флебологів, зокрема найбільш безпечних та ефективних діагностичних тестів і лікувальних інтервенцій [3-5]. Утім у жодному із цих документів не відображений повний «шлях» пацієнта від етапу первинного візиту (діагностики) до вибору оптимального варіанта лікування, подальшої реабілітації та вторинної профілактики хронічних захворювань вен нижніх кінцівок [6]. Отже, створення протоколу, який би враховував, з одного боку, найбільш сучасні й доведено ефективні підходи до діагностики та лікування, а з іншого — індивідуальні особливості кожного клінічного випадку (анатомічна будова венозної системи, супутні захворювання, якість життя), надасть можливість практикуючим флебологам стандартизувати й поліпшити результати лікування.

По-перше, стандартизація диференціальної діагностики (своєчасне виявлення неврологічної й кістково-м'язової патології, а також малопоширених причин трофічних виразок) дозволить уникнути діагностичних помилок і виправдати сподівання пацієнта щодо проведеного лікування [7]. По-друге, прихильність до ретельної оцінки ключових точок у стандартизованому протоколі ультразвукового дуплексного сканування дасть можливість виявити джерела рефлюксу, посттромботичні зміни або зовнішню компресію венозних судин, що є ключовим завданням на етапі складання подальшого плану лікування [8]. По-третє, використання стандартних класифікаторів (CEAP і VCSS), а також об'єктивної оцінки якості життя пацієнта

із ХВН дозволить об'єктивно оцінити віддалені результати лікування.

Виходячи з даних численних рандомізованих досліджень і метааналізів, ендовенозні методи лікування демонструють значні переваги у термінах реабілітації та функціональних і косметичних результатах лікування [9]. Водночас вибір оптимальної тактики має базуватися на комбінації сучасних методик (термальні й нетермальні методи облітерації, склеротерапії, стріпінгу та мініфлебектомії), з урахуванням їх потенційних переваг і недоліків [10]. Отже, створення повноцінного протоколу діагностики й лікування хронічних захворювань вен, який можна використовувати в рутинній практиці сучасного лікаря-флеболога, на сьогодні є надзвичайно актуальним.

Мета — розробити практичний алгоритм діагностики, профілактики та комплексного лікування хворих із варикозною хворобою.

Результати та обговорення

Менеджмент пацієнта з варикозною хворобою представлено у вигляді набору чітких практичних рекомендацій для судинного хірурга та флеболога — АнгіоЛайф Венозний протокол®, що публікується вперше*.

Даний протокол розроблений на основі власного практичного досвіду, існуючих протоколів та гайдлайнів щодо лікування пацієнтів із ХВН. Венозний протокол включає чотири етапи комплексу медичних заходів (рис. 1), метою якого є формування чіткої програми подальшого обстеження та лікування хворого.

1 етап. Діагностика основної проблеми

Діагностика основної проблеми полягає у ретельній бесіді з пацієнтом та комплексному обстеженні хворого, із бажаним виконанням наступних кроків:

- виключення кістково-м'язових і неврологічних захворювань (рис. 2);
- виключення венозної патології малого таза;
- ультразвукове дуплексне сканування (УЗДС) вен нижніх кінцівок (анатомічне та гемодинамічне дослідження);
- встановлення діагнозу з детальною характеристикою за класифікацією CEAP та оцінкою клінічної тяжкості захворювання за шкалою VCSS;
- оцінка якості життя пацієнта до початку лікування з використанням шкали CIVIQ-20;



Рис. 1. АнгіоЛайф Венозний протокол®: основні етапи менеджменту пацієнта із ХВН

Таблиця. Питання для виключення супутніх захворювань, які можуть викликати симптоматику, схожу до венозних захворювань	
Виключення кістково-м'язових і неврологічних захворювань	Виключення венозної патології в малому тазу
Чи відзначалися за останні 6 міс:	
• хронічний біль у спині • гострий біль у спині, що іррадіював у нижні кінцівки • біль у суглобах (колінних, кульшових або гомілково-стопних) • судом в нижніх кінцівках • парестезії (повзання мурашок) • відчуття печіння та інші неспецифічні відчуття	• хронічний тазовий біль • диспареунія (біль під час статевих актів) • дизурія (порушення нормального виділення сечі) і дисменорея (у дні менструації з'являються виражені болі внизу живота) • посткоітальний біль • депресія

- визначення факторів ризику у пацієнта, який є кандидатом для лікування.

Для виключення супутніх захворювань, які можуть викликати симптоматику, подібну до венозних, пацієнту необхідно задати запитання, наведені у таблиці.

За наявності вищевказаних симптомів необхідно подальше обстеження та лікування ймовірних захворювань.

Для верифікації діагнозу та планування подальшого лікування пацієнтів із ХВН обов'язкове використання УЗДС.

Протокол УЗДС вен нижніх кінцівок у пацієнта з можливою патологією вен нижніх кінцівок

Дослідження глибоких вен

Візуалізація супраінгвінального венозного сегмента (нижньої порожнистої вени і вен здухвинного сегмента з використанням конвексного датчика 3-5 МГц).

Посегментно проводиться оцінка стану нижньої порожнистої вени, вен таза, загальної та зовнішньої клубових вен. Пацієнт лежить на спині (у разі підозри на тромбоз глибоких вен). За наявності тромбозу необхідно вказати локалізацію тромба, його протяжність, ехогенність, структуру та проксимальний кінець (якщо візуалізується). Важливо оцінити ступінь реканалізації або облітерацію просвіту при посттромботичному синдромі (ПТС).



О.М. Волошин



О.В. Суздальченко

Для оцінки функції венозних клапанів та виявлення рефлюксу дослідження проводиться в положенні стоячи з використанням проби Вальсальви.

Візуалізація інфраінгвінального венозного сегмента з використанням лінійного датчика з діапазоном частот від 5 до 12 МГц.

Посегментно проводиться оцінка стану загальної стегнової, поверхневої і глибокої стегнових, підколінної вени, задньої- і передньовеликомілкової вен, маломілкової вени, м'язово-венозних синусів (суральних вен) стегна та гомілки. У положенні хворого стоячи виконується мануальна компресія датчиком глибоких вен для точної оцінки процента облітерації просвіту тромботичними масами. У разі неможливості пацієнта підтримувати вертикальне положення дослідження проводиться лежачи. Для оцінки функції венозних клапанів та виявлення рефлюксу використовуються проба Вальсальви в загальній стегновій вені (ЗСВ) і поверхневій стегновій вені (ПСВ) та проби з компресією дистальних венозних сегментів.

Остеохондроз хребта (люмбагія) або синдром грушоподібного м'яза	• Клінічна оцінка ознак Ласега • МРТ попереково-крижового відділу хребта • Дообстеження та лікування у невролога
Остеоартроз кульшового або колінного суглоба	• Клінічні симптоми (обмеження рухів у суглобах) • МРТ ураженого суглоба • Дообстеження та лікування у травматолога й ревматолога
Ревматологічні артрити	• Клінічні симптоми (почервоніння суглобів, біль при пальпації) • Ревматоїдний фактор, СРБ, ШОЕ • Дообстеження та лікування у ревматолога
Травми зв'язок, міозити, бурсити	• Клінічні симптоми (біль при спусканні по сходах, при рухах у суглобах) • УЗД суглоба • Дообстеження та лікування у травматолога
Остеомієліти хронічні	• МРТ або рентгенографія ураженої кістки • Дообстеження та лікування у травматолога
Інші хвороби кісток, суглобів та м'язів тканин (наприклад, шинспліт-синдром медіального стресу великомілкової кістки)	• МРТ або рентгенографія • Дообстеження та лікування у травматолога

У випадку підтвердження наявності вищевказаних симптомів — використання алгоритму дообстеження та лікування:

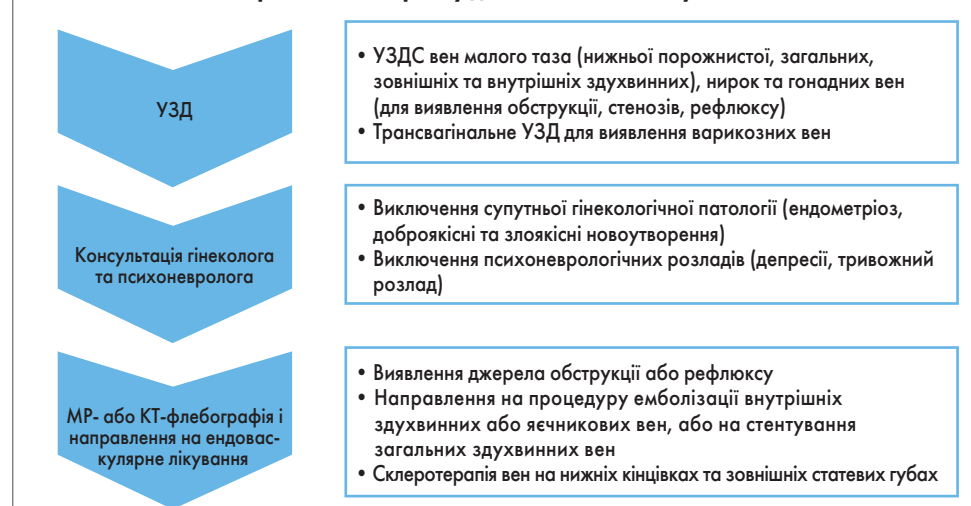
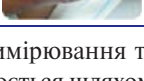


Рис. 2. Диференціальна діагностика кістково-м'язових і неврологічних захворювань

Диференціальна діагностика трофічних виразок нижніх кінцівок	
	Характеристика трофічної виразки
	Венозна виразка (варикозна хвороба або ПТС) - Медіальна або латеральна локалізація в нижній третині гомілки + ознаки венозного стазу (зміни шкіри та пікової швидкості кровотоку) або варикозні вени - Можуть бути малоболючими - УЗДС гликобих та поверхневих вен (МСКТ за підозри на венозну обструкцію) - Бактеріальний посів за ознак інфекції - Фотодокументація та вимірювання площі з використанням програми LesionMeter
	Артеріальна виразка (периферичний атеросклероз, рідше – тромбангіт Бюргера або хвороба Рейно) - Частіше локалізовані на стопі, дуже болісні + некрози пальців або тканин - Оцінка периферичного пульсу на нижніх кінцівках (відсутність) - УЗДС артерій із кісточно-плечовим індексом + мультисперальна КТ артерій нижніх кінцівок - Бактеріальний посів за ознак інфекції - Розгорнута ліпідограма, глікований гемоглобін
	Нейропатична виразка (цукровий діабет, спінальна травма, сирингомієлія, tabes dorsalis, лепра) - Локалізація в місцях тиску кісткових виступів (частіше підошва), зазвичай безболісна - Оцінка периферичного пульсу на нижніх кінцівках (присутність) - Оцінка чутливості: вібраційної (камертон), температурної (tip-term), больової (Pin-Wheel) та тактильної (монофіламент 10 г) - Електронейроміографія - УЗДС артерій із визначенням гомілково-плечового індексу, вимірювання тиску на першому пальці - Бактеріальний посів за ознак інфекції та глікований гемоглобін
	Діабетична виразка (нейропатичний + судинний компонент атеросклерозу, діабетична мікроангіопатія + медіокальциноз + інфекція) - Часто вторинна інфекція, наявна стопа Шарко, ознаки артеріальних і нейропатичних виразок - Дообстеження – проводиться як при артеріальній і нейропатичній виразках
	Неопластична виразка (базальноклітинна або плоскоклітинна карцинома) «Плюс-тканина» та валикоподібні краї - Дно виразки вкрите некротичною плівкою - Обов’язкова біопсія - УЗД лімфатичних вузлів та консультація онколога
	Васкулітна виразка (ANCA-асоційовані або імунокомплексні васкуліти) - Пурпура, яка пальпується + виразки. Можуть бути первинними або вторинними (наприклад, на фоні гепатиту С) - Системні прояви (ураження суглобів, слизових оболонок – виразки та афти, очей та внутрішніх органів) - Прозапальні маркери (СРБ, РФ, ANCA та інші аутоантитіла) - Біопсія шкіри для точної верифікації діагнозу + консультація ревматолога
	Гангренозна підермія - Болісна, швидко збільшується та має некротичне дно - Феномен патергії (з’являється в місцях незначних травм шкірних покривів, особливо при синдромі Бехчета – системному васкуліті), при неспецифічному виразковому коліті або хворобі Крона виникає частіше - Діагноз виключення – потрібна біопсія шкіри, імуносупресивна терапія (глюкокортикостероїди)
	Виразка Марторелла - Частіше у жінок старше 50 років на фоні неконтрольованої артеріальної гіпертензії (гіпертензивний артеріосклероз артеріол шкіри) - Вимірювання артеріального тиску (призначення адекватної терапії) - Лікування – дуже обережний дебридмент (можливе погіршення) + компресійна терапія
	Синдром Фелті (ревматоїдний артрит) Ознаки ревматоїдного артриту (ураження суглобів + прозапальні та аутоімунні маркери – ревматоїдний фактор, аутоантитіла)
	Виразка Маржолена Плоскоклітинна карцинома шкіри, яка виникає в місцях хронічних ран, особливо післяопікових рубців
	Подягрична виразка - Утворюється в місцях подагричних тофусів - Сечова кислота - Консультація ревматолога
	Виразка, асоційована із гідроксисечовиною, та виразка при серповидноклітинній анемії - Гідроксисечовина – хіміотерапевтичний цитостатичний препарат (при лейкоміях та деяких солідних пухлинах) - Загальний аналіз крові та сімейний анамнез
	Виразки при інфекційних хворобах - Атипові мікобактерії, туберкульоз, грибкове ураження шкіри (стопа атлета), лейшманіоз - Бактеріальний посів та посів на грибову флору, проба Манту - Консультація дерматолога або фтизіатра
	Кальцифілаксія (кальцифікація артеріол із розвитком тяжких некрозів м’яких тканин) - Хронічна хвороба нирок та первинний гіперпаратиреоз - Високий вміст кальцію, вітаміну D у плазмі крові
	Ліпоїдний некробіоз - Більшість пацієнтів мають цукровий діабет - Плями персистують роками, безболісні, у разі мінімальної травми може виникнути виразка - Лікування – глюкокортикостероїди місцево, антиагреганти
	Виразка при атиповому мікобактеріозі (виразка Бурулі) - Ендемічна тропічна хвороба (анамнез подорожей) - Основний метод специфічної діагностики – ПЦР для виявлення <i>Mycobacterium ulcerans</i> - Лікування – антибіотикотерапія (рифампіцин + стрептоміцин)

Вимірювання тривалості рефлюксу здійснюється шляхом вимірювання ретроградної хвилі кровотоку, зареєстрованого за досліджуваним клапаном у режимі кольорового та імпульсного доплера, під час проведення

проби Вальсальви (у стегновому сегменті) і проб із дистальною та проксимальною компресією у дистальних венозних сегментах. Рефлюкс тривалістю менше 1 с (у ЗСВ і підколінній вені) або 0,5 с в інших

інфраінгвінальних венах вважається фізіологічним, виникає за рахунок ретроградного потоку крові, до того як клапан встигне закритися. Рефлюкс у перфорантній вені більше 0,5 с вважається патологічним.

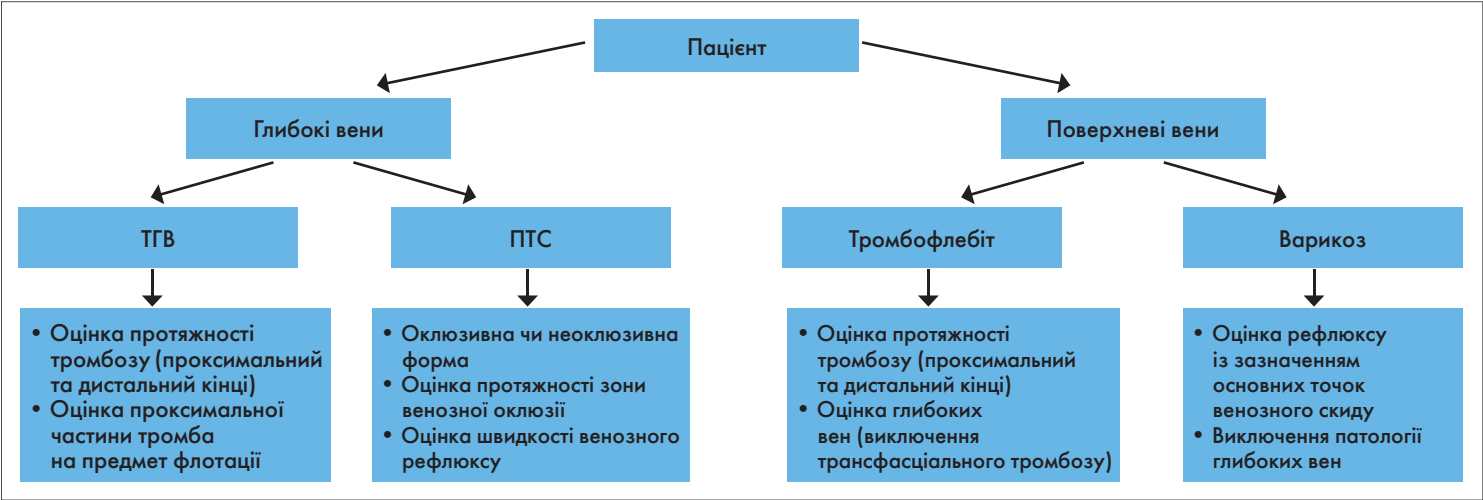


Рис. 3. Алгоритм проведення УЗДС вен нижніх кінцівок при виявленні патології

Дослідження поверхневих вен

Візуалізація сафено-феморального співустя з обох боків із оцінкою наявності рефлюксу під час проведення проби Вальсальви у режимі кольорової та імпульсної доплерографії.

Виявляються джерела атипового рефлюксу (пудендальні, епігастральні вени). Спроможність термінального та претермінального клапанів визначається окремо.

Велика підшкірна вена (ВПВ) візуалізується на всій протяжності, оцінка рефлюксу здійснюється в нижній третині стегна й на гомілці, особливо у звичних місцях атипового рефлюксу з перфорантних вен (Гунтера, Додда, Шермана, Коккета) та міжсафенних вен на гомілці (перетікання із системи малої підшкірної вени [МПВ] у разі неспроможності останньої) із проведенням проби з дистальною компресією.

Виконується проба з компресією вени датчиком у разі клінічної підозри на тромбофлебіт або за наявності посттромботичних змін у просвіті ВПВ (наслідків раніше перенесеного флебіту).

Візуалізація сафено-поплітеального співустя з обох боків з оцінкою наявності рефлюксу під час проведення проби з дистальною компресією.

Виявляються джерела атипового рефлюксу (вена Т’єрі, краніальне продовження МПВ, вена Джакоміні, сідничний перфорант).

МПВ візуалізується на всій протяжності, оцінка рефлюксу здійснюється в середній та нижній третинах гомілки, особливо у типових місцях атипового рефлюксу з перфорантних та міжсафенних вен (перетікання із системи ВПВ у разі неспроможності останньої) із проведенням проби з дистальною компресією.

Виконується проба з компресією вени датчиком у разі клінічної підозри на тромбофлебіт або за наявності посттромботичних змін у просвіті МПВ (наслідків раніше перенесеного флебіту).

Візуалізуються додаткові вени на стегні (ЗДВС, ПДВС), вена Леонардо (ЗДВ) та ПДВ на гомілці, виконується оцінка наявності рефлюксу з проведенням проби з дистальною компресією.

Виконується проба з компресією вени датчиком у разі клінічної підозри на тромбофлебіт або за наявності посттромботичних змін у просвіті притоків ВПВ (наслідків раніше перенесеного флебіту).

Візуалізуються можливі атипові джерела рефлюксу, такі як персистуючі ембріональні вени (латеральна маргінальна вена Сервеля та вена сідничного нерва), виконується оцінка рефлюксу з проведенням проби з дистальною компресією.

За наявності у пацієнта тромбозу глибоких вен (ТГВ), посттромботичного синдрому (ПТС), тромбофлебіту або варикозної хвороби бажано провести оцінку та відзначити у протоколі УЗД деякі показники, що відображені в алгоритмі УЗДС, бо саме ці фактори відіграють важливу роль у подальшому виборі тактики та оцінці ефективності лікування (рис. 3).

Завершенням першого етапу є формування основного діагнозу із класифікацією ХВН за СЕАР та оцінкою клінічної тяжкості захворювання за шкалою VCSS. Важливим на цьому етапі є також оцінка якості життя пацієнта з використанням опитувальника CIVIQ-20.

Важливо надати пацієнтам із ХВН інформацію, яка включає: пояснення, що таке хронічна венозна недостатність; можливі причини її виникнення та ймовірність прогресування; можливі ускладнення, що включають тромбоз глибоких вен, зміни шкіри, трофічні зміни, кровотечі та варикотромбофлебіт. Необхідно розвіяти стереотипи та будь-які помилкові уявлення про ризик розвитку ускладнень у пацієнта.

Продовження на стор. 18.

О.М. Волошин, к. мед. н., О.В. Суздалько, В.О. Губка, д. мед. н., професор, С.М. Мачуський, О.Г. Попова, С.Т. Расул-заде, Судинний центр «АнгіоЛайф», м. Запоріжжя

Менеджмент пацієнтів із варикозною хворобою

Продовження. Початок на стор. 16.

Клінічна частина CEAP: опис об'єктивних ознак ХВН	
CO	Немає об'єктивних ознак ХВН
C1	TAE та ретикулярні вени
C2	Варикозні вени
C2r	Рецидивні варикозні вени
C3	Набряк
C4	Зміни у шкірі та підшкірній клітковині внаслідок ХЗВ
C4a	Гіперпигментація та екзема
C4b	Ліподерматосклероз або біла атрофія
C4c	Corona phlebectatica
C5	Виразка, що загоїлася
C6	Активна виразка
C6r	Рецидивна виразка

VCSS (venous clinical severity score – шкала клінічної тяжкості венозної патології)*	
1) Біль:	6) Індурація:
0 балів – відсутність болю; 1 бал – епізодичний біль, що не обмежує активність, прийом медичних знеболювальних засобів не потрібен; 2 бали – біль виникає щоденно, знижує активність, потребує епізодичного прийому анальгетиків; 3 бали – щоденний біль, що значно обмежує фізичну активність і потребує регулярного прийому знеболювальних засобів	0 балів – відсутня; 1 бал – локальна (менше 5 см); 2 бали – менше третини голілки; 3 бали – більше третини голілки
2) Набряк:	7) Кількість відкритих виразок:
0 балів – відсутній; 1 бал – вечірній набряк кісточок; 2 бали – денний набряк вище кісточок; 3 бали – ранковий, вище кісточок, потребує активних рухів та елевації хворої кінцівки	0 балів – виразки відсутні; 1 бал – одна; 2 бали – дві; 3 бали – більше двох
3) Варикозні вени:	8) Тривалість відкритих виразок:
0 балів – не відзначаються; 1 бал – одиничні, окремо розташовані варикозні притоки; 2 бали – множинні варикозні притоки, розширення стовбура ВПВ або МПВ на стегні чи голілки; 3 бали – виражений варикоз на стегні та голілки, розширення стовбурів ВПВ та МПВ	0 балів – виразки відсутні; 1 бал – менше 3 міс; 2 бали – від 3 міс до 1 року; 3 бали – не загоюються більше 1 року
4) Пігментація шкіри:	9) Розміри відкритих виразок:
0 балів – відсутність пігментації; 1 бал – обмежена, давня ділянка; 2 бали – давня, відзначається на нижній третині голілки; 3 бали – давня, більше третини голілки	0 балів – виразки відсутні; 1 бал – до 2 см у діаметрі; 2 бали – від 2 до 6 см у діаметрі; 3 бали – більше 6 см у діаметрі
5) Запальний процес:	10) Компресійна терапія:
0 балів – відсутній; 1 бал – на обмеженій ділянці; 2 бали – у межах голілково-стопного суглоба; 3 бали – поширений запальний процес	0 балів – не застосовується, 1 бал – застосовується періодично; 2 бали – протягом дня; 3 бали – цілодобово з елевацією кінцівки
* За клінічною шкалою VCSS оцінюється вираженість 10 симптомів ХЗВ нижніх кінцівок. Відсутність симптому позначається як 0 балів, максимальна вираженість – як 3 бали. Рахується сума балів.	

Опис об'єктивних ознак ХВН та супутньої патології + оцінка факторів ризику виникнення ВТЕ у пацієнта, якому планується виконання ендовенозних процедур		
Об'єктивне обстеження – симптоми	Так	Ні
Венозна патологія в малому тазу	☐	☐
Кістково-м'язові та неврологічні захворювання	☐	☐
Периферична пульсація	☐	☐
Набряк нижніх кінцівок	☐	☐
Варикозні вени	☐	☐
Corona phlebectatica	☐	☐
Телеангіоектазії	☐	☐
Трофічна виразка	☐	☐

Оцінка якості життя пацієнта із хронічною венозною недостатністю (CIVIQ-20 – Chronic Venous Insufficiency Questionnaire)*					
1) Чи відчували ви біль у ділянці кісточок і голілок протягом останніх 4 тижнів? Якщо так, то якої інтенсивності? Обведіть відповідну цифру:	Немає болю	Легкий біль	Помірний біль	Сильний біль	Дуже сильний біль
	1	2	3	4	5
2) Наскільки ваші проблеми з ногами турбували вас на роботі або в повсякденному житті протягом останніх 4 тижнів? Обведіть відповідну цифру:	Не турбували	Злегка турбували	Помірно турбували	Сильно турбували	Дуже сильно турбували
	1	2	3	4	5
3) Чи порушувався ваш сон через проблеми з ногами протягом останніх 4 тижнів і як часто? Обведіть відповідну цифру:	Ніколи	Рідко	Доволі часто	Дуже часто	Кожну ніч
	1	2	3	4	5
В якій мірі проблеми з ногами турбували вас при виконанні дій, перерахованих нижче, протягом останніх 4 тижнів? Для кожного визначення у списку нижче вкажіть міру занепокоєння, обвівши відповідну цифру:					
	Не турбували	Злегка турбували	Помірно турбували	Сильно турбували	Було неможливо виконати
4) Довго стояти	1	2	3	4	5
5) Підніматися на декілька сходових прольотів	1	2	3	4	5
6) Низько нагинатися, ставати на коліна	1	2	3	4	5
7) Швидко йти	1	2	3	4	5
8) Їхати у транспорті, автомобілі, літати на літаках	1	2	3	4	5
9) Виконувати хатню роботу (займатися справами на кухні, тримати дитину на руках, прасувати, мити підлогу, чистити меблі, робити щось своїми руками)	1	2	3	4	5
10) Ходити на прогулянки, вечірки, фуршети	1	2	3	4	5
11) Займатися спортом, виконувати фізичні вправи	1	2	3	4	5
Проблеми з ногами можуть також впливати на ваш настрій. У якій мірі наведені нижче фрази відповідають тому, як ви себе почували протягом останніх 4 тижнів? Для кожного визначення у списку нижче вкажіть міру занепокоєння, обвівши відповідну цифру:					
	Ніколи	Дуже рідко	Інколи	Дуже часто	Завжди
12) Я був (була) напружений(-а)	1	2	3	4	5
13) Я швидко втомлювався(-лась)	1	2	3	4	5
14) Я відчував(-ла), що обтяжую інших	1	2	3	4	5
15) Я завжди повинен був (повинна була) вдаватися до запобіжних засобів	1	2	3	4	5
16) Я соромився(-лась) показувати свої ноги	1	2	3	4	5
17) Я легко дратувався(-лась)	1	2	3	4	5
18) Я відчував(-а) себе непрацездатним(-ою)	1	2	3	4	5
19) Мені було важко починати рухатися вранці	1	2	3	4	5
20) У мене не було бажання виходити на вулицю	1	2	3	4	5
* Рахується сума балів.					

Фактори ризику	Так	Ні
Фактори ризику ВТЕ, які слід розглянути у пацієнта перед ендовенозними процедурами		
Тромбози глибоких вен або ТЕЛА у пацієнта чи членів родини в минулому	☐	☐
Онкопатологія в анамнезі	☐	☐
Знижена мобільність (парез) нижніх кінцівок (результат травми або інсульту)	☐	☐
Ожиріння (індекс маси тіла >30)	☐	☐
Гормональна контрацепція	☐	☐
Тромбофлебії в анамнезі	☐	☐
Відома клінічно значуща тромбофілія, особливо комбінована	☐	☐
Хронічні протромботичні захворювання (хвороби нирок, серцева недостатність, аутоімунні хвороби (СКВ) або запальні хвороби кишечника (хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт)	☐	☐
COVID-19 за останні 3 місяці (особливо середньотяжка та тяжка клінічна форма)	☐	☐

Інтерпретація результатів	
0 факторів – Низький ризик	1 профілактична доза НОАК або НМГ перед процедурою
1-2 фактори – Середній ризик	1 профілактична доза НОАК або НМГ перед втручанням, 7-14 днів – профілактична доза НОАК після процедури
Більше 2 факторів – Високий ризик	1 профілактична доза НОАК або НМГ перед втручанням, 4-6 тижнів – профілактична доза НОАК після процедури

2 етап. Комплексне лікування захворювання

На цьому етапі важливим є повне залучення пацієнта до лікувального процесу та вибір оптимального комплексу лікувальних засобів, а саме:

- флеботропні препарати;
- сертифікований флебологічний трикотаж;
- ендовенозна лазерна коагуляція (EVLA, EVLT);
- радіохвильова облітерація (RFA, EVRF);
- адгезивна клейова облітерація (Vena-Block, VenaSeal);
- механохімічна облітерація (FleboGrif, ClariVein);
- склеротерапія (ехо- та транслюмінаційна).

Флеботропні препарати

Це клас препаратів, що представлений рослинними флавоноїдами, напівсинтетичними та синтетичними сполуками. Перевагу слід віддавати оригінальним препаратам діосмінового ряду. Вони мають значну доказову базу стосовно зменшення таких симптомів ХВН, як набряк кінцівки (клас С3), та пришвидшують час загоєння трофічних виразок (у випадку С6). Крім того, ця група препаратів виявляє більшу ефективність порівняно із плацебо щодо зменшення трофічних розладів (клас С4+) та таких суб'єктивних симптомів, як судоми, синдром неспокійних ніг та парестезії. Цей ефект пояснюється мультифункціональним

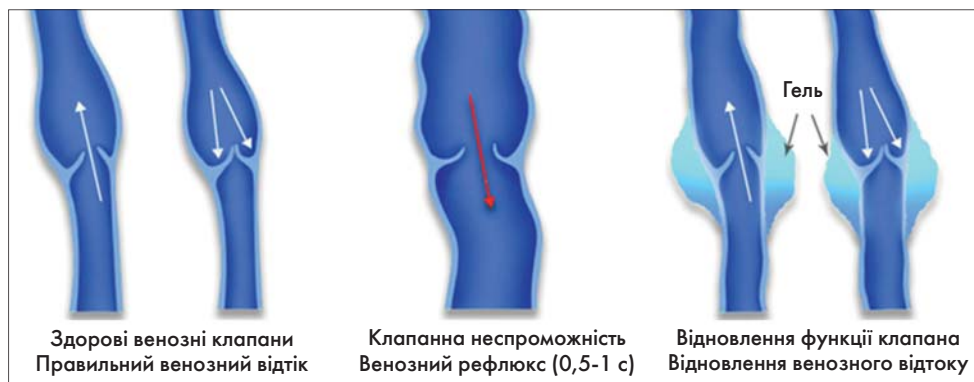


Рис. 4. Методика проведення ЧВГК

впливом на судинну стінку та клапанний апарат, головним чином зменшенням ролінгу лейкоцитів та активності запалення.

Сертифікований флебологічний трикотаж

Компресійна терапія залишається головним методом консервативного лікування пацієнтів із ХВН. Головними перевагами є зручність використання, неінвазивний характер та ефективність впливу на венозну гіпертензію як основний патофізіологічний механізм венозної недостатності.

Найпоширеніші форми терапевтичної компресії — це медичний трикотаж (панчохи, гольфи, колготи), нееластичні й еластичні бандажі та переривчасте пневматичне стиснення. Механізми дії включають тиск на глибокі вени і поліпшення функції м'язової помпи, що призводить до зменшення венозного тиску та набряків (Management

of Chronic Venous Disease Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery, 2015).

Згідно з рекомендаціями ESVS 2015 року, компресійна терапія рекомендована як ефективний метод зменшення симптомів та провів ХВН нижніх кінцівок. Рекомендоване використання тимчасової компресійної терапії у пацієнтів із ХВН, які очікують інвазивного лікування. Також цей метод використовується для лікування пацієнтів, яким недоцільно виконувати інвазивне лікування.

Після медичних втручань на венах кінцівок рекомендоване використання еластичної компресії.

Лікувальний алгоритм пацієнта з варикозною хворобою

Для вибору оптимального методу лікування пропонуємо наступний лікувальний алгоритм (рис. 4). При ХВН стадії C1 за CEAP

та відсутності рефлюксу у системі підшкірних вен — використання мікросклеротерапії (МКСТ) або кріосклеротерапії (CLACS), але якщо виявляється сафеновий рефлюкс тривалістю до 1 с, рекомендовано першим етапом провести черезшкірну вальвулопластику гіалуриновою кислотою (ЧВГК), а вже другим етапом — МКСТ або CLACS (рис. 4).

Використання ЧВГК при частковій клапанній неспроможності дозволяє достовірно покращити венозний відтік та зменшити ризик утворення гіперпигментацій після склеротерапії. За нашими даними, після проведення одного сеансу ЧВГК відновлена функція сафенового клапана зберігається протягом щонайменше одного року.

Якщо у пацієнта верифіковано неспроможність ВПВ або МПВ із тривалістю рефлюксу більше 1 с та ХВН стадії C0s-C6 за CEAP, при діаметрі ураженої вени <11 мм бажано використовувати нетермальну адгезивну облітерацію (НАО), або біоклей, або термічні методи облітерації: ендовенозну лазерну коагуляцію (ЕВЛК) чи радіохвильову облітерацію (РХО). При діаметрі вени >11 мм рекомендовано проведення ЕВЛК або РХО.

Якщо у пацієнта діагностовано ізольовану неспроможність перфорантних вен та варикозних притоків із довжиною рівного сегмента >10 см, бажано виконати термальну абляцію проксимальних сегментів із мікрофлебектомією уражених вариксів або провести етапну ехо-склеротерапію. Якщо довжина рівного сегмента варикозного витоку <10 см й уражені перфоранти Гунтера, Коккета, Т'єрі та інші, бажано проведення етапної ехо-склеротерапії або мікрофлебектомії уражених вен (рис. 5).

При виявленні вторинного варикозного захворювання підшкірних вен унаслідок ураження системи глибоких вен бажано проведення мультиспіральної комп'ютерної томографії або магнітно-резонансної флебографії та подальше застосування мультидисциплінарного підходу до лікування.

Алгоритм лікування хворого при посттромботичному синдромі

Пацієнтам із ПТС, у яких при УЗДС реєструється рефлюкс у глибоких венах тривалістю >1 с, рекомендоване комплексне консервативне лікування, що включає в себе Сулодексид, флеботоніки та компресійну терапію. Сулодексид пригнічує Ха-фактор згортання крові та має ендотелій-протективні властивості. Контрольний огляд пацієнта призначається через 1 рік. Пацієнтам із рефлюксом по глибоких венах нижньої кінцівки тривалістю <1 с та варикозною трансформацією підшкірних вен рекомендоване виконання абляції магістральних поверхневих вен та притоків. Таким чином зменшується венозна гіпертензія та прояви ХВН.

Тактика лікування обструктивної форми ПТС залежить від розташування післятромботичної оклюзії (рис. 6). При супраінгвінальному розташуванні венозної оклюзії глибоких вен, клінічно значущому перебігу ХВН, а саме при С4+ за CEAP, та за відсутності ефекту від консервативного лікування, бажано розглянути можливість ендovasкулярної реканалізації та стентування здухвинного сегмента.

При обструкції нижче клубової зв'язки та при трофічних виразках рекомендовано виконання облітерації неспроможних перфорантних вен та варикозних притоків великої або малої підшкірної вени додатково до комплексної консервативної терапії.

При обговоренні з пацієнтом етапів лікування варикозної хвороби обов'язково слід розповісти, які варіанти лікування доступні, про переваги й ризики кожного з них. А також наголосити на тому, що у разі недотримання рекомендацій щодо профілактики нова варикозна трансформація може виникнути швидше. Як правило, для досягнення очікуваного функціонального та косметичного ефекту потрібно більше одного сеансу лікування. Частота виникнення рецидивів варикозного розширення вен після

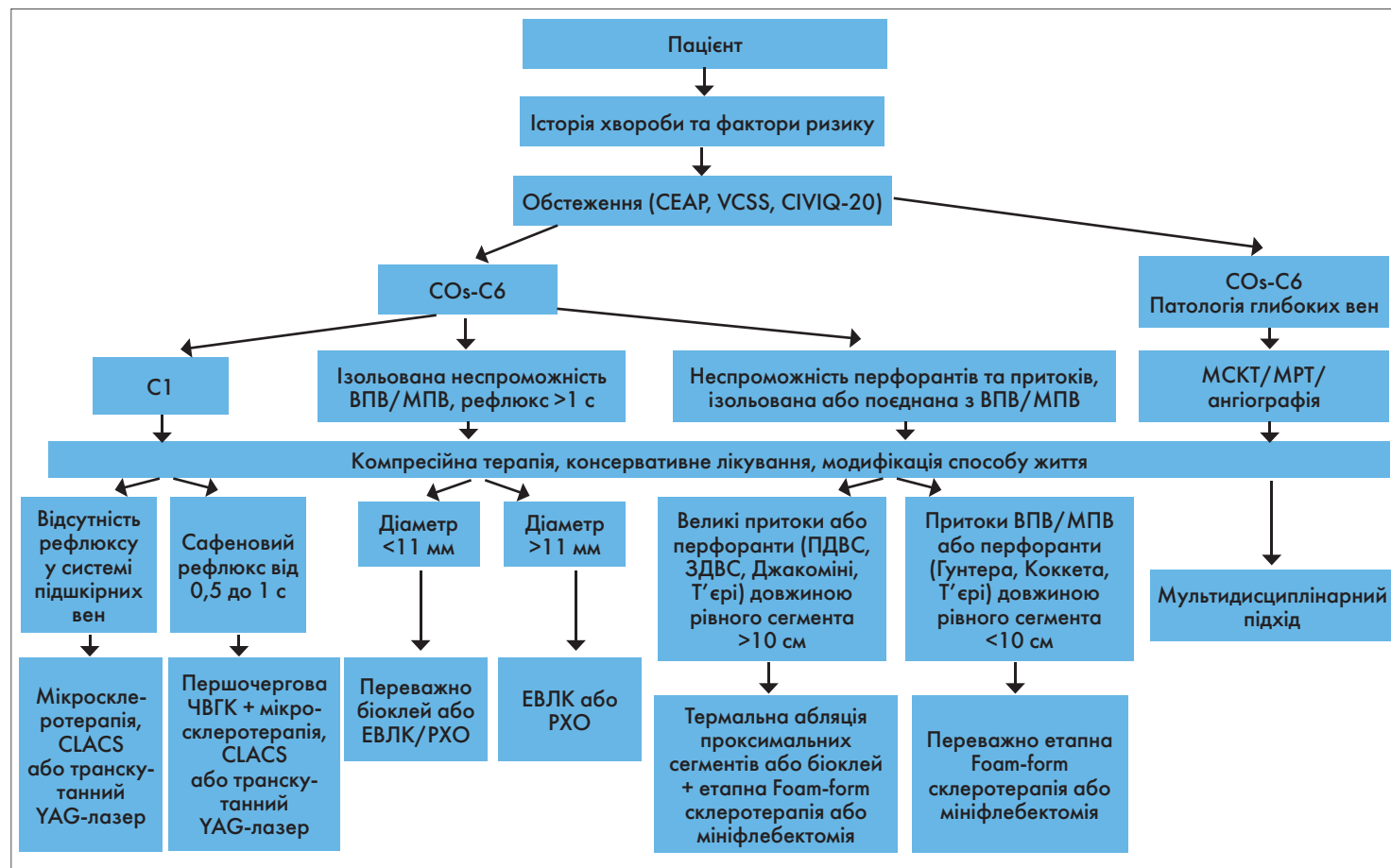


Рис. 5. Алгоритм лікування пацієнта з варикозною хворобою залежно від типу ураження поверхневих вен

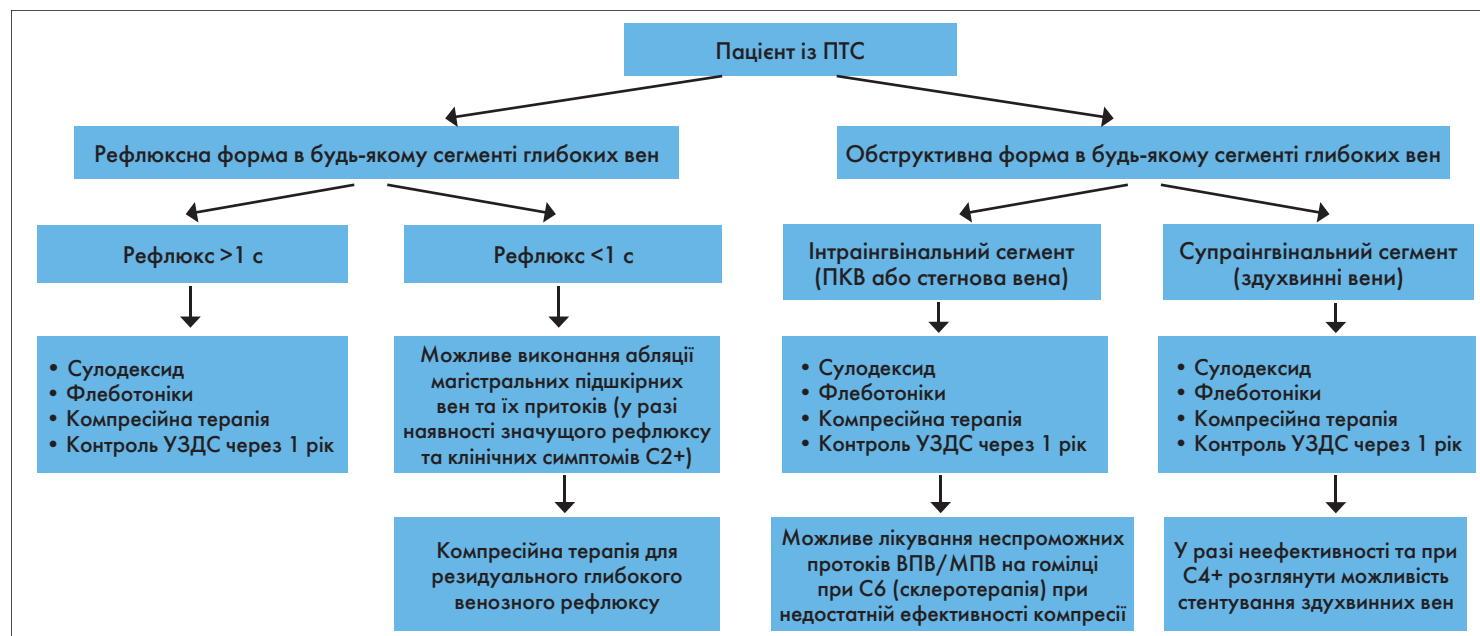


Рис. 6. Алгоритм лікування пацієнта із посттромботичним синдромом

Продовження на стор. 20.

Менеджмент пацієнтів із варикозною хворобою

Продовження. Початок на стор. 16.

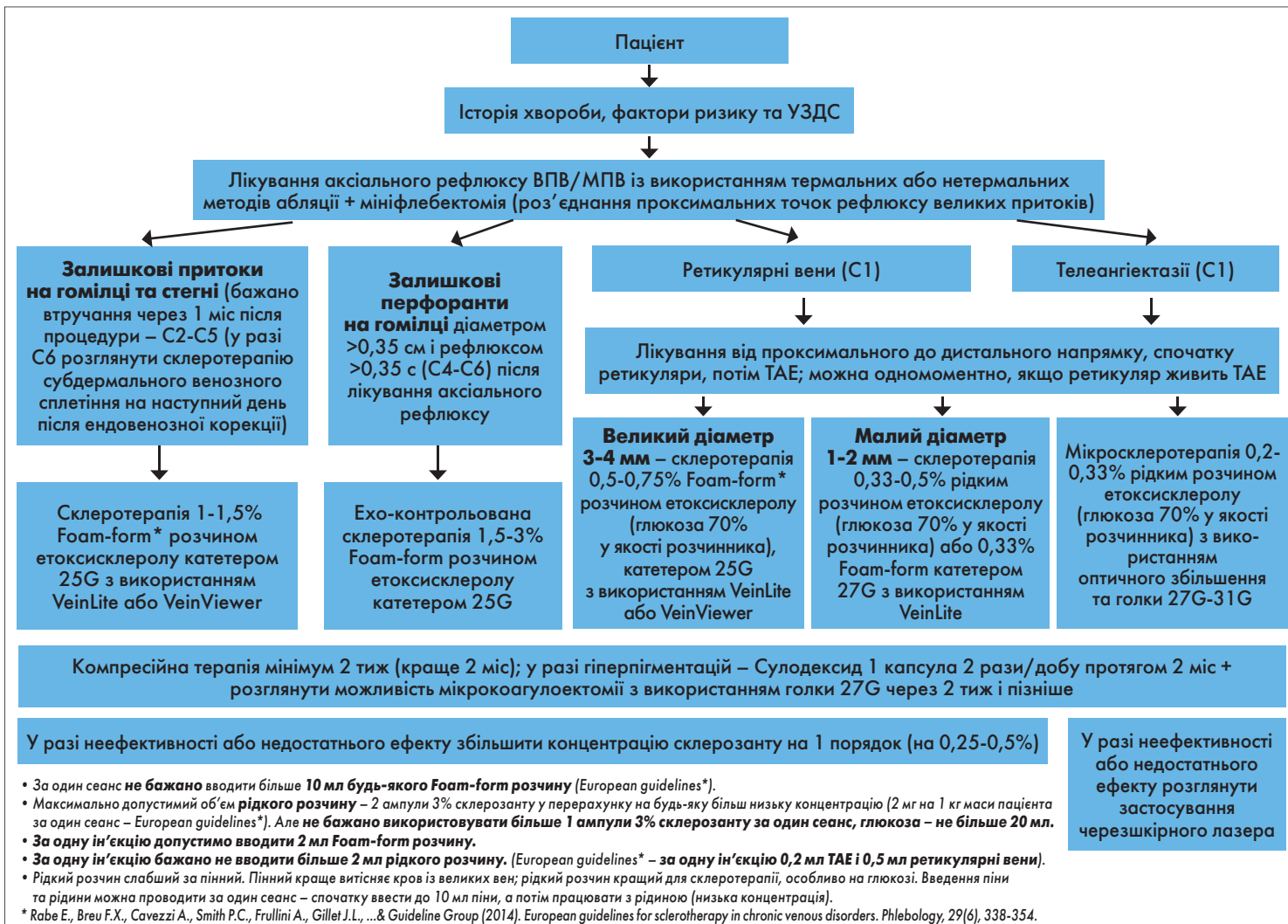


Рис. 7. Алгоритм проведення склеротерапії залежно від діаметра варикозних вен

повторного лікування є вищою, ніж при первинному зверненні пацієнта.

3 етап. «Естетичні штрихи»

Проводиться з метою досягнення задовільного косметичного ефекту лікування й включає наступні процедури:

- мікросклеротерапія (кріосклеротерапія);
- CLACS (кріолазер-кріосклеротерапія);
- транскутанний YAG-лазер;
- консервативне лікування.

Алгоритм проведення склеротерапії

Склеротерапія є незамінним методом у лікуванні пацієнтів із варикозною хворобою нижніх кінцівок. Адже, з одного боку, може використовуватися для лікування клапанної неспроможності підшкірних або перфорантних вен (особливо у хворих із рецидивами захворювання), а з іншого – дає можливість досягнути оптимальних косметичних результатів лікування при будь-якому варіанті клінічної форми (від C1 до C6). Водночас проведення процедури з помилками може відгукнутися дуже серйозними наслідками та тяжкими ускладненнями: від некрозів шкіри й м'язів тканин до тромбозу глибоких вен та тромбоемболії легеневої артерії. Саме тому коректне технічне виконання процедури є запорукою прогнозованого результату з мінімальним ризиком побічної дії.

Перед використанням склеротерапії на першому етапі лікування обов'язково необхідно розглянути усунення аксіального рефлюксу (як описано вище). Foam-Form, або пінна склеротерапія, має розглядатися як методика вибору в етапному лікуванні притоків підшкірних вен після проведеного ендовенозного лікування. Мінімальний термін, який потрібно витримати після ендовенозного втручання, має становити 1 місяць, оскільки значна частина притоків значно зменшується після усунення джерела венозної гіпертензії.

Лише при стадії C6 можливо розглянути склеротерапію субдермального перивенозного сплетіння в більш ранні терміни, оскільки ця процедура може пришвидшити час загоєння виразки. Для лікування притоків необхідно використовувати Foam-Form 1-1,5% розчин Етоксисклеролу з використанням катетера з голкою 25G. Для лікування перфорантних вен можливо розглянути більш високу концентрацію розчину – до 3% та використання катетерів 23-25G.

Для лікування клінічної форми C1 обов'язково слід дотримуватися правила: рухатися від проксимального напрямку до дистального та першим етапом склеротувати ретикулярні вени (0,5-0,75% розчин Етоксисклеролу з використанням катетера з голкою 27G). Для лікування

телеангіктазій (ТЕА) краще використовувати рідкий розчин Етоксисклеролу 0,25-0,33% з обов'язковим використанням оптичного збільшення та додаткового освітлення і працювати голкою 31-33G залежно від діаметра ТАЕ (рис. 7).

Компресійна терапія має бути застосована протягом мінімального терміну 2 тижні (краще – декілька місяців), оскільки вона покращує віддалені результати та зменшує частоту гіперпигментацій. У випадку розвитку останніх можливо розглянути використання Сулодексиду 250 МО 2 рази на добу протягом 2 місяців та мікроагулектомії (дренування постсклеротичних коагул) не раніше ніж через 2 тижні після проведеної процедури.

Якщо не вдалося досягнути технічного результату (закрити просвіт таргетної вени), необхідно розглянути підвищення концентрації розчину на 0,25-0,5% порівняно з останнім сеансом склеротерапії. При лікуванні телеангіктазій та залишкових гіперпигментацій можливе використання черешків лазеру Nd YAG 1064 нм.

Важливо дотримуватися наступних правил:

- не використовувати більше 10 мл пінного розчину за один сеанс склеротерапії;
- за одну ін'єкцію не бажано вводити більше 2 мл пінного або рідкого розчину

(лікування притоків) та 0,5 мл (ретикулярні вени та телеангіктазії);

- 2 мг на 1 кг маси тіла є максимально допустимою дозою Етоксисклеролу, введеного за один сеанс лікування.

Виконання вищезазначених правил дозволяє мінімізувати ризик ускладнень та досягти хороших естетичних результатів лікування.

4 етап. Профілактика майбутніх рецидивів захворювання

Контроль ефективності лікування полягає в детальному поясненні пацієнту важливості профілактичних заходів, а саме:

- модифікації способу життя (правильний, здоровий «лайфстайл», регулярні фізичні вправи, здорове харчування);
- зниження факторів ризику (зменшення статичних навантажень, знерухомення, гормональної терапії);

- контроль якості життя пацієнта після лікування з використанням опитувальника CIVIQ-20;

- регулярні профілактичні огляди та УЗДС-контроль судинної системи 1 раз на рік.

Модифікація способу життя для пацієнтів із ХВН, особливо з тяжкими формами ПТС, має значущий вплив на результат комплексного лікування. Дуже важливо пояснити пацієнту обмеження щодо ряду звичок, які негативно впливають на перебіг ХВН: зменшити статичні навантаження, не сидіти склавши ногу на ногу. При сидячій роботі щогодини здійснювати п'ятихвилинні розминки. Не носити вузьке взуття на високих підборах, перевзуватися на роботі у зручні туфлі з невеликим підйомом. Обов'язково слід відмовитися від паління, оскільки нікотин негативно впливає на ендотелій судин.

Одним із найважливіших клінічних завдань є об'єктивізація результатів лікування, головним чином, за рахунок поліпшення якості життя пацієнта із ХВН. Для цього через 6-12 міс після проведеного лікування необхідно провести контрольне опитування (наприклад, із використанням опитувальника CIVIQ-20, який є дуже дієвим інструментом для цієї задачі) та порівняти результати з вихідними, до початку терапії. Крім того, пацієнти в майбутньому обов'язково мають проходити регулярні профілактичні огляди (мінімум 1 раз на 12 міс), оновлювати компресійний трикотаж, дотримуватися правил модифікації способу життя. Контрольні УЗД-огляди дають змогу виявити прогресування захворювання та рецидиви на ранніх стадіях і відкривають вікно можливостей для малотравматичних втручань.

Висновки

Використання розробленого алгоритму дає змогу в повному обсязі спрогнозувати чітку програму діагностичних та лікувальних заходів у пацієнтів із варикозом. Дотримання всіх рекомендацій, зазначених у протоколі, дозволяє досягти задовільних функціональних і косметичних результатів лікування у пацієнтів із варикозною хворобою з мінімальним ризиком рецидиву.

Список літератури знаходиться в редакції.

Повну версію AngioLife Venous Protocol можна завантажити на сайті www.angiolife.com.ua у розділі «Для лікарів».



Флебодія 600 мг, таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Склад:** 1 таблетка містить діосмін, що відповідає 600 мг діосміну безводного чистого. **Фармакотерапевтична група.** Ангіопротектори. Капіляростабілізуючі засоби. Біофлавоноїди. Код АТХ C05C A03. **Показання.** Полегшення симптомів лімфовенозної недостатності: важкість у ногах, біль, трофічні розлади. Комплексне лікування функціональних станів, що супроводжуються підвищеною проникністю капілярів. Лікування функціональних симптомів гострого геморою. **Протипоказання.** Гіперчутливість до компонентів препарату, особливо у пацієнтів, схильних до алергічних реакцій на кошеніль червону А (Е 124). Препарат не рекомендовано застосовувати у період годування груддю. **Побічні реакції.** Можливі алергічні реакції, включаючи шкірні висипання, свербіж. Рідко можливі диспептичні розлади, головний біль. Поодинокі випадки шлунково-кишкових розладів, які рідко призводять до припинення лікування. **Спосіб застосування та дози.** Лімфовенозна недостатність: 1 таблетка на день вранці перед сніданком. Тривалість курсу лікування визначає лікар залежно від перебігу захворювання. Середня тривалість лікування становить 2 місяці. Гострий геморой: 2-3 таблетки на день під час прийому їжі протягом 7 днів. Якщо після лікування симптоми геморою не зникають, слід звернутися до лікаря для корекції лікування. Максимальна добова доза – 1800 мг (3 таблетки). **Категорія відпуску.** Без рецепта. **Виробник.** Іннотера Шузі, Франція / Innothera Chouzy, France. РП № UA/8590/01/01, Наказ МОЗ України № 1422 від 01.08.2018 р.