

Попович Ярослав Михайлович,

доктор медичних наук, доцент,
професор кафедри хірургічних хвороб,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
angiosurgery@i.ua
<https://orcid.org/0000-0002-8908-8541>
м. Ужгород, Україна

Корсак В'ячеслав Васильович,

доктор медичних наук, професор,
професор кафедри хірургічних хвороб,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
vyacheslav.korsak@uzhnu.edu.ua
<https://orcid.org/0000-0002-4866-1882>
м. Ужгород, Україна

Горленко Федір Вікторович,

доктор медичних наук, професор,
професор кафедри хірургічних хвороб,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
fedir.horlenko@uzhnu.edu.ua
<http://orcid.org/0000-0002-0496-206>
м. Ужгород, Україна

Порівняльна характеристика консервативних та хірургічних методів лікування хронічної венозної недостатності

Вступ. Поширеність хронічної венозної недостатності складає 5–50%, а трофічні зміни шкіри, включаючи виразки ніг зустрічається у 1–5% населення. Перебіг декомпенсованих форм хронічної венозної недостатності характеризується повільним загостренням та високою частотою рецидиву трофічних виразок, що призводить до стійкої інвалідизації у більш ніж у половини (51,2%) пацієнтів. Питання хірургічного лікування декомпенсованих форм хронічної венозної недостатності до кінця не вирішені та потребують подальшого дослідження.

Метою дослідження було порівняти ранні та віддалені результати хірургічного та консервативного лікування хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовано результати лікування хронічної венозної недостатності у 929 пацієнтів. Залежно від проведеного лікування пацієнти були поділені на: I A групу – 432 (46,5%) хворих, які оперовані з приводу варикозної хвороби; I B групу – 154 (16,6%) пацієнтів, які оперовані з приводу тромбозу поверхневих вен; I C групу – 131 (14,1%) хворих з посттромботичною хворобою; II групу – 212 (22,8%) пацієнтів, які отримали лише консервативне лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. Кумуляційний аналіз показав добрі та задовільні результати лікування протягом 3 років спостереження у 86,6%, 89,6%, 86,7% та 18,3% пацієнтів I A, I B, I C та II груп відповідно. Кількісна оцінка результатів лікування засвідчила, що загальний клінічний рахунок до операції у I A, I B та I C групах склав $15,4 \pm 2,42$; $16,2 \pm 2,24$ та $14,9 \pm 1,63$ бали, а після операції – $0,81 \pm 0,17$; $1,22 \pm 0,31$ та $1,78 \pm 0,26$ відповідно. Найменший регрес клінічної симптоматики спостерігали в II групі пацієнтів – з $15,8 \pm 2,26$ до $5,62 \pm 1,78$ балів.

Висновки. Операційне лікування декомпенсованих форм хронічної венозної недостатності дозволило досягти позитивного результату у 86,6–89,6% пацієнтів, проти 18,3% за ізольованого консервативного лікування. За умови хірургічного лікування відсоток прогресування хронічної венозної недостатності вдалося знизити з 44,1% до 1,8–16,7%.

Ключові слова: варикозна хвороба, гострий варикотромбофлебіт, посттромботичний синдром, післяопераційний період, хронічна венозна недостатність.

Popovych Yaroslav Mykhailovych, Medicine Doctor, Associate Professor, Professor of the Department of Surgical Diseases, SU “Uzhhorod National University”, angiosurgery@i.ua, <https://orcid.org/0000-0002-8908-8541>, Uzhhorod, Ukraine

Korsak Viacheslav Vasylovych, Medicine Doctor, Professor, Professor of the Department of Surgical Diseases, SU “Uzhhorod National University”, vyacheslav.korsak@uzhnu.edu.ua, <https://orcid.org/0000-0002-4866-1882>, Uzhhorod, Ukraine

Horlenko Fedir Viktorovych, Medicine Doctor, Professor, Professor of the Department of Surgical Diseases, SU “Uzhhorod National University”, fedir.horlenko@uzhnu.edu.ua, <http://orcid.org/0000-0002-0496-2069>, Uzhhorod, Ukraine

Comparative characteristics of conservative and surgical methods of treatment of chronic venous insufficiency

Introduction. The prevalence of chronic venous insufficiency is 5–50%, and trophic skin changes, including leg ulcers, occur in 1–5% of the population. The course of decompensated forms of chronic venous insufficiency is characterized by slow healing and a high frequency of recurrence of trophic ulcers, which leads to permanent disability in more than half (51.2%) of patients. The issues of surgical treatment of decompensated forms of chronic venous insufficiency have not been fully resolved and require further research.

The aim of the study was to compare the early and long-term results of surgical and conservative treatment of chronic venous insufficiency of the lower extremities.

Research materials and methods. The results of treatment of chronic venous insufficiency in 929 patients were analyzed. Depending on the treatment performed, the patients were divided into: I A group – 432 (46.5%) patients who were operated on for varicose veins; I B group – 154 (16.6%) patients who were operated on for superficial vein thrombosis; I C group – 131 (14.1%) patients with post-thrombotic disease; II group – 212 (22.8%) patients who received only conservative treatment.

Research results and their discussion. Cumulative analysis showed good and satisfactory results of treatment during 3 years of observation in 86.6%, 89.6%, 86.7% and 18.3% of patients of I A, I B, I C and II groups, respectively. Quantitative assessment of treatment results showed that the total clinical score before surgery in groups I A, I B and I C was 15.4 ± 2.42 ; 16.2 ± 2.24 and 14.9 ± 1.63 points, and after the operation – 0.81 ± 0.17 ; 1.22 ± 0.31 and 1.78 ± 0.26 , respectively. The smallest regression of clinical symptoms was observed in the II group of patients – from 15.8 ± 2.26 to 5.62 ± 1.78 points.

Conclusion. Surgical treatment of decompensated forms of chronic venous insufficiency made it possible to achieve a positive result in 86.6–89.6% of patients, against 18.3% with isolated conservative treatment. With surgical treatment, it was possible to reduce the percentage of progression of chronic venous insufficiency from 44.1% to 1.8–16.7%.

Key words: varicose disease, acute varicothrombophlebitis, postthrombotic syndrome, postoperative period, chronic venous insufficiency.

Вступ. Поширеність хронічної венозної недостатності значно варіює залежно від досліджуваної популяції, класифікації та методології, але загалом варикозне розширення вен з набряком або без нього зустрічається у 5–50% населення, а трофічні зміни шкіри, включаючи виразки ніг у 1–5% населення [1, 260–263; 2, 116; 3, 5]. У Сполучених Штатах Америки на варикозне розширення вен нижніх кінцівок страждає понад 25 мільйонів дорослих, з них у 6 мільйонів виявляють декомпенсовану хронічну венозну недостатність [4, 175–184]. В Україні 17% осіб, зокрема 25–33% жінок та 10–20% чоловіків страждає на ХВН, яка в 19,8–90% випадків ускладнюється трофічною виразкою [2, 116]. Частота ХВН, згідно Единбурзького дослідження, значно зростає з віком [5, 520–525].

Дослідження проведене авторами Gutenberg Health Study (2021) на основі обстеження 12423 учасників у віці 40–80 років встановило поширеність ХВН на рівні 39,9–41,7%. При цьому, дослідники встановили, що декомпенсовані форми ХВН пов'язані з вищим прогнозованим 10-річним ризиком розвитку серцево-судинних захворювань у осіб без серцево-судинних захворювань ($n = 9923$) та значним предиктором смерті незалежно від супутнього клінічного профілю та ліків [6, 4157–4165].

В той же час, перебіг декомпенсованих форм хронічної венозної недостатності характеризується повільним загоєнням та високою частотою рецидиву трофічних виразок [2, 116; 3, 5], що призводить до стійкої інвалідизації у більш ніж у половини (51,2%) пацієнтів [2, 116]. Соціально-економічні наслідки ще гірші, оскільки втрата працездатності, ознаки інвалідизації, погіршення якості життя окремого пацієнта, призводить у цілому до втрати продуктивних робочих годин, передчасного виходу на пенсію у 12% працівників з венозними виразками [7, 439–443]. Щорічні витрати пов'язані з трофічними виразками складають у країнах Європи та США складають приблизно 1–3 мільярди доларів [2, 116].

Незважаючи на постійне вдосконалення хірургічних методів лікування ХВН, значний прогрес хірургії пронизних вен, розробку і залучення нових хірургічних операцій на венозній системі, проблема ХВН не вирішена, відсоток рецидиву трофічних виразок залишається високим, зокрема: при оперативному лікуванні – у 4,8–31,6% та при консервативному – у 15–100% пацієнтів [2, 116; 8, 40–47]. В той же час хірургічному лікуванню підлягають не більше 10% пацієнтів з ХВН [2, 116]. Більшість авторів обирає операційне лікування ХВН винятково лише у разі неуспішної консервативної терапії [9, 333–346].

Таким чином, питання хірургічного лікування декомпенсованих форм хронічної венозної недостатності до кінця не вирішені та потребують подальшого дослідження.

Мета дослідження. Порівняти ранні та віддалені результати хірургічного та консервативного лікування хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок.

Матеріали та методи дослідження. У роботі проаналізовано результати хірургічного та консервативного лікування декомпенсованих форм хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок у 929 пацієнтів, які спостерігали протягом 2006–2022 років. Залежно від патології, що спричинила виникнення хронічної венозної недостатності, та проведеного лікування пацієнти були поділені на наступні групи:

I A група – 432 (46,5%) хворих, які оперовані з приводу декомпенсованих форм ($C_4 - C_6$) варикозної хвороби нижніх кінцівок. У даній групі пацієнтам проводили кросектомію з наступною венектомією, або коротким/довгим стріпінгом, або стовбуровою склерооблітерацією; ЕВЛК або РЧА з мініфлебектомією та склерооблітерацією неспроможних пронизних вен. За необхідності на активну трофічну виразку накладали вакуумну пов'язку з проведенням відтермінованої аутодермопластики.

I B група – 154 (16,6%) пацієнти, які оперовані з приводу тромбозу поверхневих вен на фоні декомпенсованих форм ($C_4 - C_6$) варикозної хвороби нижніх

кінцівок. У даній групі пацієнтам проводили кросектомію з наступною венектомією, або коротким/довгим стріпінгом; флебоцентез з наступною склерооблітерацією; склерооблітерацію неспроможних пронизних вен; обсяг операційного втручання за наявності трансфасціального тромбозу розширювали за рахунок тромбектомії із глибоких вен. Наявність активної трофічної виразки вимагала накладання апарату вакуумної терапії з вирішенням питання про відтерміновану аутодермопластику.

I С група – 131 (14,1%) хворий з трофічними змінами шкіри, які ускладнили перебіг посттромботичної хвороби. У даній групі пацієнтам проводили кросектомію з наступним коротким/довгим стріпінгом або стовбуровою склерооблітерацією; ЕВЛК або РЧА з мініфлебектомією та склерооблітерацією неспроможних пронизних вен; склерооблітерацію неспроможних пронизних вен; при наявності активної трофічної виразки операцію завершували накладанням вакуумної пов'язки з наступною відтермінованою аутодермопластиком.

II група – 212 (22,8%) пацієнти з декомпенсованою хронічною венозною недостатністю (C₄–C₆) нижніх кінцівок, які отримували лише консервативне лікування. Останнє полягало у призначенні компресійного трикотажа та медикаментозної терапії. За наявності активної трофічної виразки лікування обов'язково включало в себе обробку трофічних виразок антисептичними засобами, використання сучасних раневих покривів, компресійну терапію з використанням багатошарового бандажу та еластичних компресійних виробів. Медикаментозна терапія обов'язково включала в себе флеботропні засоби на основі гесперидину (100 мг/добу) та діосміну (900 мг/добу), протизапальні, знеболюючі та, за необхідності, антибактеріальні й антикоагулянтні засоби. Вибір антибактеріального препарату залежав від результатів бактеріального посіву з трофічної виразки та антибіотикограми.

Пацієнти I групи у післяопераційному періоді отримували аналогічну консервативну терапію.

Поділ пацієнтів, згідно клінічних проявів хронічної венозної недостатності представлено у таблиці 1.

Всім пацієнтам включеним у дослідження провели загальноклінічну лабораторну діагностику: розгорну-

тий загальний аналіз крові, визначення рівня глікемії, біохімічний аналіз крові, коагулограма, загальний аналіз сечі. За наявності супутньої патології призначали додаткові лабораторні обстеження. Інструментальні методи дослідження включали в себе електрокардіограму, огляд кардіолога, ехокардіоскопічне дослідження серця по показам, ультразвукові дослідження вен нижніх кінцівок та тазу. На початку нашого дослідження у пацієнтів з хронічною венозною недостатністю, крім ультразвукових методів дослідження, використовували рентгенконтрастну флебографію. Останню виконали у 56 (6,0%) хворих. Згодом, у спірних випадках, її замінили на мультиспіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням вен нижніх кінцівок та заочеревинного простору. Необхідність у виконанні комп'ютерної томографії виникла у 38 (4,1%) пацієнтів.

Результати дослідження та їх обговорення. Оцінку результатів консервативних та хірургічних методів лікування пацієнтів із хронічною венозною недостатністю проводили протягом 3 років від розпочатого лікування. З цієї метою термін спостереження за пацієнтами розділили на ранній (до 1 року) та віддалений (до 3 років) періоди. Протягом перших 12 місяців спостереження пацієнти зверталися на контрольний огляд у 1, 3, 6, 9 та 12 місяці. Контрольний огляд обов'язково включав огляд пацієнта, клініко-лабораторне дослідження, ультразвукові методи дослідження. Анкетування пацієнта проводили під час контрольного огляду на 12 місяць.

У віддаленому періоді спостереження пацієнти зверталися на контрольний огляд у 18, 24, 30 та 36 місяців, тобто щопівроку. Контрольний огляд, так само, обов'язково включав огляд пацієнта, клініко-лабораторне дослідження, ультразвукові методи дослідження. Анкетування пацієнта проводили під час контрольного огляду на 12, 24 та 36 місяців.

Пацієнти у ранньому та віддаленому періодах спостереження, за необхідності, могли звернутися раніше від призначеного терміну.

Результати консервативних та хірургічних методів лікування декомпенсованої хронічної венозної недостатності у клінічних підгрупах оцінювали за трибальною системою: добрі, задовільні та незадовільні.

Таблиця 1

Розподіл хворих з декомпенсованими формами хронічної венозної недостатності

Клас CEAP	I група			II група	Всього
	A	B	C		
C4a (пігментація або екзема)	148	89	51	73 (20,2%)	361 (38,9%)
	288 (79,8%)				
C4b (ліподерматосклероз або біла атрофія шкіри)	135	17	31	56 (23,4%)	239 (25,7%)
	183 (76,6%)				
C4c (флебектатична корона)	10	7	17	20 (37,0%)	54 (5,8%)
	34 (63,0%)				
C5 (загоєна виразка)	84	26	19	39 (23,2%)	168 (18,1%)
	129 (76,8%)				
C6 (активна трофічна виразка)	55	15	13	24 (22,4%)	107 (11,5%)
	83 (77,6%)				
Всього	432	154	131	212	929 (100%)

Критеріями добрих результатів після консервативного та хірургічного лікування декомпенсованої хронічної венозної недостатності вважали відсутність больового синдрому; повне відновлення функції ураженої кінцівки; загоєння трофічної виразки протягом 1 місяця; зменшення набряку гомілки після нічного сну більш ніж на 50% від вихідних величин; відсутність лімфостазу; підтверджену на УЗД ліквідацію поширеного вертикального та/або горизонтального рефлюксу у поверхневій венозній системі, відсутність клапанної недостатності загальної стегнової та підколінної вен; відсутність венозних тромбоемболічних ускладнень.

Задовільними результати вважали значне зменшення больового синдрому; помірне обмеження функції ураженої кінцівки; загоєння трофічної виразки протягом 2–3 місяців після розпочатого лікування; зменшення набряку гомілки після нічного сну у межах 30–50% від вихідних величин; відсутність лімфостазу; підтверджену на УЗД компенсовану клапанну недостатність у поверхневій та/або глибокій венозній системі; відсутність венозних тромбоемболічних ускладнень.

Незадовільними результати вважали збереження або наростання відсутність больового синдрому; значне порушення функції ураженої кінцівки; наявність активної трофічної виразки; зменшення набряку гомілки менш ніж на 20% від вихідних величин або його збільшення; наявність лімфостазу; наявність рецидивуючого бешихового запалення шкіри гомілки; підтверджений на УЗД поширений вертикальний та/або горизонтальний рефлюкс у поверхневій венозній системі, наявність поширеної клапанної недостатності загальної стегнової та підколінної вен; наявність венозних тромбоемболічних ускладнень.

У ранньому періоді спостереження вдалося дослідити результати лікування у 384 (88,9%) із 432 пацієнтів I A групи, 129 (83,8%) із 154 хворих I B групи, 118 (90,1%) із 131 пацієнтів I C групи та 178 (84,0%) із 212 хворих II групи. Добрий результат після проведеного лікування спостерігали лише у I групі пацієнтів, зокрема: у 312 (81,3%), 103 (79,9%) та 89 (75,5%) пацієнтів I A, I B та I C груп відповідно. Задовільний результат лікування виявили у 68 (17,7%), 23 (17,8%), 24 (20,3%) та 146 (82,0%) пацієнтів I A, I B, I C та II груп відповідно. Незадовільні результати лікування декомпенсованих форм хронічної венозної недостатності виявили у 4 (1,0%), 3 (2,3%), 5 (4,2%) та 32 (18,0%) хворих I A, I B, I C та II груп відповідно.

Протягом 24 місяців спостереження вдалося дослідити результати лікування у 168 (38,9%) із 432 пацієнтів I A групи, 41 (26,6%) із 154 хворих I B групи, 35 (26,7%) із 131 пацієнтів I C групи та 87 (41,0%) із 212 хворих II групи. Добрий результат після проведеного лікування спостерігали лише у I групі пацієнтів, зокрема: у 124 (73,8%), 29 (70,7%) та 27 (77,1%) пацієнтів I A, I B та I C груп відповідно. Задовільний результат лікування виявили у 41 (24,4%), 10 (24,4%), 7 (20,0%) та 63 (72,4%) пацієнтів I A, I B, I C та II груп відповідно. Незадовільні результати лікування декомпенсованих форм хронічної венозної недостатності виявили у 3 (1,8%), 2 (4,9%), 1 (2,9%) та 24 (27,6%) хворих I A, I B, I C та II груп відповідно.

Протягом 36 місяців спостереження вдалося дослідити результати лікування у 56 (13,0%) із 432 пацієнтів I A групи, 26 (16,9%) із 154 хворих I B групи, 22 (16,8%) із 131 пацієнтів I C групи та 34 (16,0%) із 212 хворих II групи. Добрий результат після проведеного лікування спостерігали лише у I групі пацієнтів, зокрема: у 48 (85,7%), 23 (88,5%) та 17 (77,3%) пацієнтів I A, I B та I C груп відповідно. Задовільний результат лікування виявили у 7 (12,5%), 2 (7,7%), 4 (18,2%) та 19 (55,9%) пацієнтів I A, I B, I C та II груп відповідно. Незадовільні результати лікування декомпенсованих форм хронічної венозної недостатності виявили у 1 (1,8%), 1 (3,8%), 1 (4,5%) та 15 (44,1%) хворих I A, I B, I C та II груп відповідно.

Оцінку ранніх та віддалених результатів проводили за методом Culter (1958) та Stokes (1963). У I A групі добрі та задовільні результати лікування декомпенсованих форм хронічної венозної недостатності протягом 3 років спостереження виявили 86,6% пацієнтів (таблиця 2). Регрес проявів хронічної венозної недостатності після проведеного хірургічного лікування у даній групі спостерігали у 139 (32,2%) із 432 хворих, зокрема спостерігали загоєння трофічних виразок протягом 3–4 тижнів у 97 (69,8%) та протягом 5–6 тижнів у 42 (30,2%) пацієнтів. Натомість рецидив захворювання з прогресуванням хронічної венозної недостатності виявили у 4 (1%), 3 (1,8%) та 1 (1,8%) протягом 12, 24 та 36 місяців спостереження відповідно.

У 89,6% пацієнтів I B групи протягом 3 років спостереження спостерігали добрі та задовільні результати лікування декомпенсованих форм хронічної венозної недостатності (таблиця 3). Регрес проявів хронічної венозної недостатності після проведеного хірургічного

Таблиця 2

Кумуляційний аналіз добрих та задовільних результатів у ранньому та віддаленому періодах спостереження пацієнтів I A групи

Період спостереження від x до x+1 (місяців)	Lx	Dx	Ux	Wx		L'x	Qx	Px	P'x = $\frac{P_1xP_2xP_3x}{x100}$
				Закінчення терміну спостереження	Смерть				
0-12	380	4	48	0	0	356	0,011	0,989	98,9
13-24	163	3	264	0	0	31	0,097	0,903	89,3
25-36	55	1	376	0	0	33	0,03	0,97	86,6

Кумуляційний аналіз добрих та задовільних результатів у ранньому та віддаленому періодах спостереження пацієнтів I B групи

Період спостереження від x до x+1 (місяців)	Lx	Dx	Ux	Wx		L'x	Qx	Px	P'x=P1xP2xP3.. x100
				Закінчення терміну спостереження	Смерть				
0-12	126	3	25	0	0	113,5	0,026	0,974	97,4
13-24	39	1	113	0	1	18	0,056	0,944	91,9
25-36	25	1	128	0	0	39	0,026	0,974	89,6

лікування у даній групі спостерігали у 41 (26,6%) із 154 хворих, зокрема спостерігали загоєння трофічних виразок протягом 3–4 тижнів у 35 (85,4%) та протягом 5–6 тижнів у 6 (14,6%) пацієнтів. Натомість рецидив захворювання з прогресуванням хронічної венозної недостатності виявили у 3 (2,3%), 2 (4,9%) та 1 (16,7%) протягом 12, 24 та 36 місяців спостереження відповідно. Один пацієнт помер на 2 році спостереження – причиною була масивна тромбоемболія легеневої артерії.

Кумуляційний аналіз проведений у I C групі виявив добрі та задовільні результати лікування у 86,7% протягом 3 років (таблиця 4). Регрес проявів хронічної венозної недостатності після проведеного хірургічного лікування у даній групі спостерігали у 32 (24,4%) із 131 хворих, зокрема спостерігали загоєння трофічних виразок протягом 3–4 тижнів у 21 (65,6%) та протягом 5–6 тижнів у 11 (34,4%) пацієнтів. Натомість рецидив захворювання з прогресуванням хронічної венозної недостатності виявили у 5 (4,2%), 1 (2,9%)

та 1 (4,6%) протягом 12, 24 та 36 місяців спостереження відповідно. Один пацієнт помер на 1 році спостереження – причиною була масивна тромбоемболія легеневої артерії.

Задовільні результати лікування у II групі протягом 3 років спостереження виявили у 18,3% пацієнтів (таблиця 5). Жоден клінічний випадок не відповідав критеріям добрих результатів. Регрес проявів хронічної венозної недостатності після проведеного консервативного лікування у даній групі спостерігали у 21 (9,9%) із 212 хворих, зокрема спостерігали загоєння трофічних виразок протягом 8–12 тижнів у 9 (42,9%) та протягом 13–24 тижнів у 12 (57,1%) пацієнтів. Натомість рецидив захворювання з прогресуванням хронічної венозної недостатності виявили у 32 (18,0%), 24 (27,6%) та 15 (44,1%) протягом 12, 24 та 36 місяців спостереження відповідно. За період спостереження померло 14 пацієнтів, з них у 12 (85,7%) причиною смерті були венозні тромбоемболічні ускладнення.

Таблиця 4

Кумуляційний аналіз добрих та задовільних результатів у ранньому та віддаленому періодах спостереження пацієнтів I C групи

Період спостереження від x до x+1 (місяців)	Lx	Dx	Ux	Wx		L'x	Qx	Px	P'x=P1xP2xP3.. x100
				Закінчення терміну спостереження	Смерть				
0-12	113	4	13	0	1	106	0,038	0,962	96,2
13-24	34	1	96	0	0	14	0,071	0,929	89,4
25-36	21	1	109	0	0	33,5	0,03	0,97	86,7

Таблиця 5

Кумуляційний аналіз добрих та задовільних результатів у ранньому та віддаленому періодах спостереження пацієнтів II групи

Період спостереження від x до x+1 (місяців)	Lx	Dx	Ux	Wx		L'x	Qx	Px	P'x=P1xP2xP3.. x100
				Закінчення терміну спостереження	Смерть				
0-12	146	29	34	0	3	127,5	0,23	0,77	77,0
13-24	63	6	125	9	9	8,5	0,71	0,29	22,3
25-36	19	13	178	0	2	71	0,18	0,82	18,3

Кількісна оцінка ефективності лікування декомпенсованих форм хронічної венозної недостатності у балах (Venous Clinical Severe Score)

СЕАР		До початку лікування	12 місяців	24 місяці	36 місяців
		M±m; p<0,001			
Анатомічний рахунок [A]	I A	2,32±0,53	0,27±0,31	0,15±0,12	0,03±0,11
	I B	2,63±0,52	0,51±0,21	0,23±0,17	0,21±0,16
	I C	2,41±0,39	0,69±0,14	0,42±0,18	0,37±0,14
	II	2,73±0,43	1,64±0,41	1,59±0,24	1,47±0,31
Загальний клінічний рахунок [C]	I A	15,4±2,42	5,21±1,53	1,86±0,72	0,81±0,17
	I B	16,2±2,24	5,23 ±1,47	2,34±0,71	1,22±0,31
	I C	14,9±1,63	6,27±1,23	3,26±1,17	1,78±0,26
	II	15,8±2,26	12,13±2,31	7,74±2,08	5,62±1,78
Рахунок фізичної активності [D]	I A	1,58±0,33	0,89±0,14	0,49±0,27	0,25±0,07
	I B	1,29±0,72	1,02±0,23	0,68±0,13	0,51±0,18
	I C	1,25±0,23	1,11±0,22	0,97±0,28	0,49±0,11
	II	1,67±0,27	1,23±0,42	0,99±0,31	0,94±0,17
Важкість захворювання [CAD score]	I A	19,63±3,41	6,37±1,53	2,78±1,34	1,14±0,85
	I B	20,41±2,34	7,51±1,65	2,92±1,31	1,92±0,72
	I C	18,48±1,68	8,33±1,57	4,54±1,31	2,34±0,48
	II	21,47±2,76	18,28±2,51	10,35±2,61	8,41±1,03

Клінічну оцінку результатів лікування хронічної венозної недостатності проводили згідно клінічних шкал запропонованих Американським форумом флебологів [10, 342–352; 11, 2–9].

Шкала (VCSS) аналізує вираженість симптомів хронічної венозної недостатності. Шкала зниження працездатності (VDS) виділяє 4 ступеня втрати працездатності. Шкала сегментарності (VSDS) визначає наявність рефлюксу і обструкції великих сегментів вен. Оцінку результатів лікування проводили на підставі об'єктивного клінічного обстеження та анкетування пацієнта (таблиця 6).

Кількісна оцінка результатів лікування хворих з декомпенсованими формами хронічної венозної недостатності свідчить про значні переваги хірургічного лікування над консервативними методами (рис. 1).

Загальний клінічний рахунок до операції у I A, I B та I C групах склав 15,4±2,42; 16,2±2,24 та 14,9±1,63 бали, а після операції – 0,81±0,17; 1,22±0,31 та 1,78±0,26 відповідно. Найменший регрес клінічної симптоматики спостерігали в II групі пацієнтів – з 15,8±2,26 до 5,62±1,78 балів.

Таким чином, отримані кількісні результати переконливо демонструють високу ефективність і доцільність застосування операційного лікування при декомпенсованих формах хронічної венозної недостатності порівняно з ізольованим консервативним лікуванням, які дозволяють добитися добрих ранніх та віддалених результатів у більшості пацієнтів.

Висновки:

1. Операційне лікування декомпенсованих форм хронічної венозної недостатності за даними

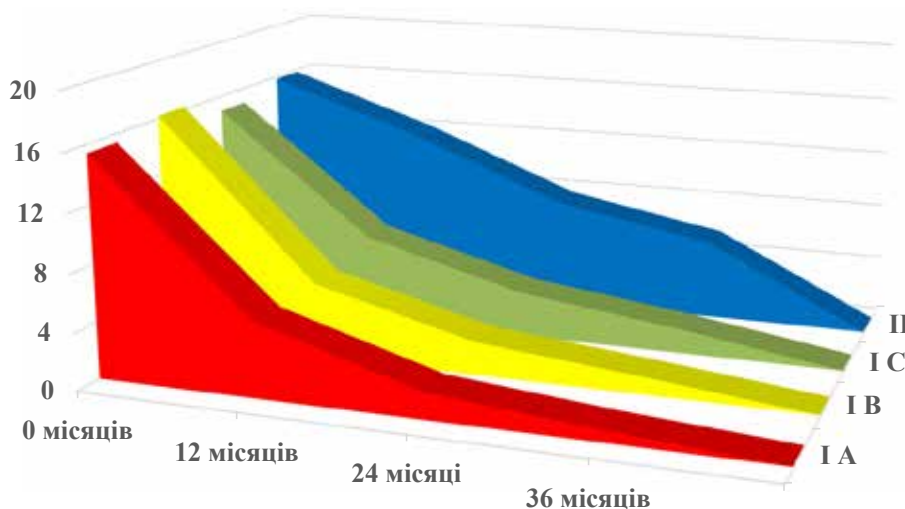


Рис. 1. Кількісна оцінка вираженості проявів хронічної венозної недостатності залежно від способу лікування

кумуляційного аналізу дозволило досягти позитивного результату лікування у 86,6–89,6% пацієнтів, а при консервативному лікуванні – лише у 18,3% хворих.

2. Протягом 3 років спостереження прогресування хронічної венозної недостатності у пацієнтів контрольної групи спостерігали в 44,1% пацієнтів, а в основній групі – лише в 1,8–16,7% пацієнтів.

Інформація про конфлікт інтересів. Конфлікту інтересів немає.

Інформація про фінансування. Автори гарантують, що не отримували жодних винагород у будь-якій формі здатних вплинути на результати роботи.

Особистий внесок кожного автора у виконання роботи:

Попович Я.М. – ідея, збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів, підготовка тексту статті;

Корсак В.В. – збір матеріалу дослідження, мета;

Горленко Ф.В. – збір матеріалу дослідження.

3. Операційне лікування декомпенсованих форм хронічної венозної недостатності дозволяє знизити важкість захворювання протягом 3 років спостереження, зокрема найгірші показники регресу клінічних проявів та відновлення працездатності спостерігали після консервативного лікування. У половини пацієнтів, які отримували лише консервативну терапію, відмічається різке зниження фізичної активності та виражені ознаки інвалідизації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Rabe E, Berboth G, Pannier F. Epidemiology of chronic venous diseases. *Wien Med Wochenschr.* 2016; 166: 260–3. 1
2. Rusyn VI, Korsak VV, Popovych YaM, Boiko SO, Lurin IA, Boldizhar PO, et al. *Khirurgichne likuvannia tromboziv nyzhnoi porozhnystoi veny [Surgical treatment of inferior vena cava thrombosis: a monograph].* Uzhhorod: Karpaty; 2017. 360 p. + 76 p. illustr. [In Ukrainian]. 5
3. Rusyn VI, Korsak VV, Rusyn VV, Popovych YaM, Nosenko OA, Kalynych SS, Kochmar OM. *Venozni trofichni vyrazky [Venous trophic ulcers: a monograph].* Uzhhorod: Karpaty; 2017. 244 p. [In Ukrainian]. 6
4. Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Ann Epidemiol.* 2005; 15:17–184. 7
5. Ruckley CV, Evans CJ, Allan PL, Lee AJ, Fowkes FG. Chronic venous insufficiency: clinical and duplex correlations: the Edinburgh Vein Study of venous disorders in the general population. *J Vasc Surg.* 2002; 36:520–525. 8
6. Prochaska JH, Arnold N, Falcke A, Kopp S, Schulz A, Buch G, et al. Wild Chronic venous insufficiency, cardiovascular disease, and mortality: a population study. *Eur Heart J.* 2021 Oct 21;42(40):4157-4165. doi: 10.1093/eurheartj/ehab495. 9
7. Da Silva A, Navarro MF, Batalheiro J. The importance of chronic venous insufficiency: various preliminary data on its medico-social consequences. *Phlebologie.* 1992; 45:439–443. [in French] 11
8. Popovych YaM, Korsak VV, Boldizhar PO, Laver OP. *Khirurgichna profilaktyka tromboembolichnykh uskladnen pry transfastsialnomu trombozi [Surgical Prevention of Thromboembolic Complications in Transfascial Thrombosis].* *Ukrainskyi zhurnal sertsevo-sudynnoi khirurgii.* 2023;31(1):40–7. [In Ukrainian]. doi.org/10.30702/ujcvcs/23.31(01)/PK002-6673 14
9. Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic venous insufficiency. *Circulation* 2014 Jul 22;130(4):333-46. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.006898. 15
10. Lurie F, Passman M, Meisner M, et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. *J. Vasc Surg Venous Lymph Dis.* 2020; 8(3):342–352. 16
11. Passman MA, McLafferty RB, Lentz MF, et al. Validation of venous clinical severity score (VCSS) with other venous severity assessment tools from the American venous forum, national venous screening program. *J Vasc Surg.* 2011; 54(6):2–9. 17