

Классификация хронических заболеваний вен СЕАР: инструкция по применению

И.А.Золотухин

Кафедра факультетской хирургии им. С.И.Спасокукоцкого (зав. – акад. В.С.Савельев) Российского государственного медицинского университета, 1-я Городская клиническая больница им. Н.И.Пирогова (главный врач – профессор А.П.Николаев), Москва

Классификация заболевания или группы однородных заболеваний служит необходимым условием существования любого раздела клинической медицины. Точно составленное разделение больных на особые группы, во-первых, является основой диагностической и лечебной тактики. Любому врачу, определив, к какому варианту относится случай заболевания у конкретного пациента, получает в руки и готовый алгоритм действий. Во-вторых, адекватная и детальная классификация, как правило, заслуживает одобрения специалистов из разных стран и становится общепризнанной. Ее используют и в практической работе, и в научных исследованиях, публикацию результатов которых осуществляют с использованием такой классификации. В результате формируется общее информационное пространство, общий «язык», на котором «говорят» врачи, сформировавшие профессиональное мировоззрение в совершенно разных условиях и порой придерживающиеся разных взглядов. Единая классификация устраняет элемент непонимания из научных дискуссий и обеспечивает поступательное и быстрое развитие специальности.

Сегодня мы являемся свидетелями того, каких великих успехов достигла флебология в вопросах диагностики и лечения хронических заболеваний вен (ХЗВ). То, что казалось фантастикой еще 15–20 лет назад, сейчас – наша рутинная практика. Безусловно, определенную роль сыграло бурное развитие медицинских инструментальных технологий, но вряд ли этим одним можно объяснить общий подъем уровня флебологической помощи и выравнивание его в клиниках разных стран и регионов. Очевидно, что старт кардинальным изменениям в нашей специальности во многом был дан созданием и активным повсеместным внедрением единой классификации ХЗВ. Первая ее версия была разработана усилиями Международного согласительного комитета в 1994 г. [1]. Классификация

получила название СЕАР. Это аббревиатура английских названий разделов – клинического (Clinical), этиологического (Etiologic), анатомического (Anatomic), патофизиологического (Pathophysiologic). В течение всего нескольких лет классификация СЕАР завоевала широкое признание специалистов всего мира. Совокупный практический опыт, с одной стороны, доказал ее жизнеспособность, с другой – выявил ряд недостатков, которые были устранены в новой редакции, относящейся к началу нынешнего столетия [2]. На сегодняшний день классификация СЕАР выглядит следующим образом.

Клинический раздел (С). В этой части классификации описывают клинический статус пациента. Поводом для отнесения больного к тому или другому классу служит наличие у него наиболее выраженного объективного симптома ХЗВ:

- С0 – нет видимых или пальпируемых признаков ХЗВ;
- С1 – телеангиэктазии или ретикулярные варикозные вены;
- С2 – варикозно-измененные подкожные вены (диаметр более 3 мм);
- С3 – отек;
- С4 – трофические изменения кожи и подкожных тканей;
- а – гиперпигментация и/или венозная экзема;
- б – липодерматосклероз и/или белая атрофия кожи;
- С5 – зажившая венозная язва;
- С6 – открытая венозная язва.

Следует помнить, что нельзя ставить знак равенства между терминами «класс» и «стадия» (или «форма») ХЗВ. Соответственно, некорректно использовать два последних определения в клиническом разделе СЕАР. Между классами ХЗВ нет последовательной связи, заболевание может проявиться сразу, например, отеком и даже трофическими нарушениями.

Если кроме объективных признаков заболевания обнаруживают субъективные (боли, тяжесть, утомляемость, зуд, жжение, мурашки, ночные судороги), к обозначению клинического класса добавляют букву S (симптоматическое течение). Если пациент не предъявляет жалоб, то используют букву А (асимптомное течение).

Этиологический раздел (Е). Именно при описании этиологии заболевания целесообразно говорить о формах ХЗВ:

- Ес – врожденное заболевание;
 - Ер – первичное заболевание;
 - Еs – вторичное заболевание;
 - Еп – не удается установить этиологический фактор.
- Этот раздел целесообразно прокомментировать с более привычных российским флебологам нозологических позиций. В отечественной флебологии принято выделять варикозную болезнь (Ер), при которой происходит трансформация поверхностных вен, посттромбофлебитическую болезнь (Еs) с преимущественным поражением глубокой венозной системы и пороки развития венозной системы – флебодисплазии (Ес).

Анатомический раздел (А). В нем указывают, в какой части венозной системы нижних конечностей обнаружены патологические изменения.

- Аs – поверхностные вены;
- Ар – перфорантные вены;
- Ад – глубокие вены;
- Ап – не удается выявить изменения в венозной системе.

Рис. 1. Пациентка М., 52 года. Варикозная болезнь левой нижней конечности.



Поражение может локализоваться в одной (например, Ad) или в нескольких системах одновременно (As, p, d).

Патофизиологический раздел (Р) предназначен для описания характера нарушений венозной гемодинамики.

Pr – рефлюкс;

Po – окклюзия;

Pr,o – сочетание рефлюкса и окклюзии;

Pn – не удается выявить изменения в венозной системе.

Появление таких вариантов, как En, An и Pn, в международной классификации связано прежде всего с легитимизацией уже знакомого российским специалистам термина «флебопатия» [3]. Им обозначают наличие типичной симптоматики венозного застоя (отеки, боли, тяжесть, утомляемость, ночные судороги, зуд, жжение) у пациентов с абсолютно полноценной венозной системой при воздействии ряда факторов (физические перегрузки, длительный ортостаз, прием эстроген-гестагенов и др.).

Статус пациента, описанный с помощью представленных терминов, не является застывшим. Динамика может быть как положительной (успешное лечение), так и отрицательной (прогрессирование заболевания), поэтому обязательно следует фиксировать дату установления диагноза. Кроме того, целесообразно указывать уровень диагностических действий:

II – клиническое обследование ± ультразвуковая доплерография;

III – клиническое обследование + ультразвуковое ангиосканирование ± плетизмография;

III – клиническое обследование + ультразвуковое ангиосканирование + флебография или флеботонометрия или спиральная компьютерная томография или магнитно-резонансная томография.

Рассмотрим прикладное значение классификации CEAP на клиническом примере (рис. 1). *Пациентка М,*

52 лет, обратилась к флебологу 21.03.2009 г. с жалобами на наличие варикозно-измененных вен на левой нижней конечности, отеки дистальных отделов голени, боли и тяжесть в икроножных мышцах во второй половине дня. Выполнено ультразвуковое ангиосканирование: глубокие вены – без патологии, клапанная недостаточность большой подкожной вены, несостоятельность перфорантных вен. Формулировка диагноза согласно классификации **CEAP: C3S, Ep, As, p, Pr, 21.03.2009, III.**

Что делать в данной ситуации? У пациентки варикозная болезнь с поражением системы большой подкожной вены, сопровождающаяся типичным субъективным симптомокомплексом венозного застоя и отеочным синдромом. Безусловно, показана компрессионная терапия: трикотаж 2-го компрессионного класса (чулок) или применение эластических бинтов средней степени растяжимости. Обязательна фармакотерапия, показанием к ней служат отек, боли и тяжесть в икроножных мышцах. Оптимальным вариантом будет микронизированная очищенная флавоноидная фракция (Детралекс) по 1000 мг (2 таблетки) 1 раз в сутки в течение 2 мес.

Очевидной кажется и другая, с хирургической точки зрения, возможно, самая важная рекомендация – оперативное устранение варикозного расширения вен, т.е. флебэктомия. Действительно, операция необходима, и, забегая вперед, скажем, что она была пациентке предложена и выполнена. Но давайте задумаемся, достаточно ли тех данных, которые отражены в диагнозе по CEAP, для того чтобы определить хирургическую тактику? Ответ кажется столь же очевидным, как и необходимость операции: нужно удалить большую подкожную вену, ее варикозно-измененные притоки и лигировать несостоятельные перфорантные вены.

Между тем целесообразно ознакомиться с более подробным описанием изменений, которые были обнару-

Рис. 2. Пациентка С., 42 года. Телеангиэктазии нижних конечностей.



жены при ультразвуковом ангиосканировании. Итак, «Большая подкожная вена несостоятельна только на бедре (от устья до середины бедра, до места впадения крупного варикозного притока), обнаружена также клапанная недостаточность перфоранта Додда в средней трети бедра, перфорантные вены на голени состоятельны». Эти сведения помогли нам выбрать оптимальный объем вмешательства: кроссэктомия, короткий стриппинг большой подкожной вены (только на протяжении бедра), лигирование доддовского перфоранта, мини-флебэктомия на голени и бедре.

Учет подобных тонкостей очень важен в повседневной практике. Для того чтобы иметь возможность детально охарактеризовать клинический статус пациента, нужно использовать так называемый **расширенный (advanced CEAP) вариант классификации**. От базового (basic CEAP), который был представлен выше, его отличает указание того сегмента венозной системы, в котором обнаружены патологические изменения. Каждому гемодинамически значимому отделу венозного русла нижней конечности присвоено цифровое обозначение.

Поверхностные вены:

1. Телеангиэктазии и/или ретикулярные варикозные вены.
2. Большая подкожная вена бедра.
3. Большая подкожная вена голени.
4. Малая подкожная вена.
5. Вены, не принадлежащие системам большой или малой подкожных вен.

Глубокие вены:

6. Нижняя полая вена.
7. Общая подвздошная вена.
8. Внутренняя подвздошная вена.
9. Наружная подвздошная вена.
10. Тазовые вены: гонадная, широкой связки и др.
11. Общая бедренная вена.
12. Глубокая вена бедра.
13. Поверхностная бедренная вена.
14. Подколенная вена.
15. Вены голени: передние большеберцовые, задние большеберцовые, малоберцовые.
16. Мышечные вены голени.

Перфорантные вены:

17. Бедро.
18. Голени.

Кроме того, в расширенном варианте классификации в клиническом разделе указывают не только самый выраженный объективный признак, но и все имеющиеся

симптомы. Итак, полная формулировка диагноза в случае пациентки М. будет следующей: **C2,3S, Ep, As,p, Pr2,17, 21.03.2009, LI**. Здесь указаны все возможные характеристики, которые позволяют определить тактику лечения заболевания и набор методик для ликвидации его проявлений.

Рассмотрим еще несколько примеров практического применения классификации CEAP.

Пациентка С., 42 года, обратилась к флебологу 20.02.2009 г. с жалобами на расширенные вены на обеих нижних конечностях. Беспокоят боли в икрах к концу рабочего дня, периодически возникающие зуд и жжение, отеков нет. При осмотре обнаружены телеангиэктазии на заднелатеральной поверхности обоих бедер и голени (рис. 2). Эстетических проблем в связи с наличием «сосудистых звездочек» у пациентки нет. Проведена ультразвуковая доплерография, несостоятельности клапанного аппарата магистральных глубоких и поверхностных вен, а также перфорантов не обнаружено. В данной ситуации расширенный диагноз будет выглядеть так: **C1S, Ep, As, Pr1, 20.02.2009, LI**. Обратите внимание: уровень диагностических действий обозначен, как LI, поскольку мы использовали не ангиосканирование, а доплерографию. Тем не менее лечебную тактику можно определить и на основании полученных данных. Обязательным назначением станет флеботонизирующая терапия (микронизированная очищенная флавоноидная фракция – Детралекс – по 2 таблетки 1 раз в сутки в течение 2 мес). Курс лечения может быть повторен при возобновлении симптомов. Целесообразно назначение компрессионного профилактического трикотажа для использования в будние дни в холодное время года. Необходимости в проведении флебосклерозирующего лечения нет, поскольку наличие телеангиэктазий не беспокоит больную с косметической точки зрения. Следует обязательно рекомендовать регулярное диспансерное наблюдение (не реже 1 раза в 1–1,5 года).

Больной К., 57 лет, дата консультации – 2.04.2009 г. Предъявляет жалобы на наличие варикозно-расширенных вен, потемнение кожи области позади медиальной лодыжки на левой нижней конечности (рис. 3). В 2006 г. развилась трофическая язва, которая была закрыта с помощью консервативного лечения. Беспокоят боли, тяжесть, утомляемость в икроножных мышцах к концу рабочего дня, ночные судороги, отек в дистальных отделах голени, появляющийся во второй половине дня. При осмотре обнаружено выраженное расширение вен в бассейне большой подкожной вены, гиперпигментация кожи за медиальной лодыжкой, пагубность тканей голени. Данные ультразвукового ангиосканирования: глубокие вены голени, подколенная, общая бедренная, подвздошные вены – без патологии. Клапанная недостаточность поверхностной бедренной вены, большой подкожной вены (на всем протяжении – от паха до лодыжки), малой подкожной вены в верхней трети голени и перфорантных вен медиальной группы (коккеттовских). Таким образом, у пациента диагностирована варикозная болезнь. Диагноз согласно базовому варианту классификации CEAP: **C5S, Ep, As,p,d, Pr, 23.10.2007, LI**. Описание клинического случая с привлечением всех возможностей классификации будет выглядеть следующим образом: **C2,3,4a,5S, Ep, As,p,d, Pr2,3,4,13,18, 2.04.2009, LI**. Пациенту необходим компрессионный трикотаж (чулки) 2 или 3-го класса компрессии, прием микронизированной очищенной флавоноидной фракции (Детралекс; 2 таблетки в сутки не менее 2 мес). Целесообразны проведение сеансов переменной пневматической компрессии, лечебная физическая культура (плавание). Безусловно, показано хирургическое лечение. Оптимальным объемом операции будут кроссэктомия и удаление большой подкожной вены на всем протяжении, кроссэктомия и удаление малой подкожной вены в пределах измененного сегмента, лигирование несостоятельных перфорантных вен Коккетта из отдельных разрезов.

Корреляции формулировок диагнозов по МКБ-10 и CEAP

Клинический класс по CEAP	Формулировка диагноза по МКБ-10	Код диагноза по МКБ-10
C1–C3	Варикозное расширение вен нижних конечностей без язвы или воспаления	I83,9
C4–C5	Варикозное расширение вен нижних конечностей с воспалением*	I83,1
C6	Варикозное расширение вен нижних конечностей с язвой	I83,0

*Поскольку в МКБ есть отдельный код для поверхностного тромбофлебита, очевидно, что данная формулировка может быть отнесена к случаям трофических расстройств при ХЗВ.



Больная М., 63 года, обратилась в клинику 15.02.2009 г. Жалуется на боли и тяжесть в обеих голенях во второй половине дня, потемнение кожи голеней. Из анамнеза: 24 года назад перенесла тромбоз глубоких вен обеих нижних конечностей; окраска кожных покровов изменена в течение 10 лет, трофическая язва открывалась 3 года назад на левой нижней конечности. При осмотре: единичные телеангиэктазии на наружной поверхности обоих бедер, варикозного расширения подкожных вен не выявлено. Циркулярная гиперпигментация кожи в нижней и средней трети обеих голеней, слева отмечаются признаки индурации подкожной жировой клетчатки в нижней трети внутренней поверхности голени. Проведено ультразвуковое ангиосканирование: окклюзия нижней поллой вены, окклюзия левой поверхностной бедренной вены, реканализация задних большеберцовых, подколенных, общих бедренных и наружных подвздошных вен с обеих сторон, реканализация правой поверхностной бедренной вены, клапанная недостаточность левой большой подкожной вены на всем протяжении и перфорантных вен голени с обеих сторон. Диагноз согласно классификации CEAP: справа **C1,4aS, Es, Ap,d, Pr1,7,9,11,13,14,15,18,о6; 15.12.2007, III**, слева **C1,4b,5S, Es, As,p,d, Pr1,2,3,7,9,11,14,15,18,о6,13; 15.12.2007, III**. Пациентке рекомендованы ежедневное ношение компрессионных чулок 3-го класса, микронизированная очищенная флавоноидная фракция (Детралекс; по 2 таблетки 1 раз в сутки по 3 мес), 2 раза в год местно на зону индурации для купирования воспалительного процесса – Лиотон1000-гель (по 2 раза в день в течение 1 мес 4–5 раз в год), переменная пневмокомпрессия, санаторно-курортное лечение. Целесообразность хирургического лечения в данном случае сомнительна. Лишь при безуспешности консервативных мероприятий, рецидивировании трофических язв можно поставить вопрос о проведении эндоскопической диссекции перфорантных вен.

Обсуждение возможностей классификации CEAP будет неполным, если не упомянуть об очень интерес-

ной форме **ХЗВ – C0S, En, An, Pn**. Так мы обозначаем случаи развития типичной субъективной симптоматики венозного застоя при абсолютно полноценной венозной системе. Речь идет об уже упоминавшихся флебопатиях (ортостатической, у беременных, гормонально индуцированной). Описать эту клиническую ситуацию можно только с использованием классификации CEAP. Для устранения проявлений флебопатии применяют флеботонизирующую и компрессионную терапию.

По нашему мнению, в настоящее время система разделения ХЗВ CEAP является классификацией, максимально отвечающей запросам как врачей-практиков, так и исследователей. Ее, на первый взгляд, сложное построение и громоздкость лишь кажущиеся. При регулярном использовании в повседневной практике первое впечатление исчезает и заменяется пониманием того, что с ее помощью можно детально охарактеризовать клинический статус любого пациента, подробно фиксировать изменения в венозной системе и в спектре симптоматики на протяжении всего периода лечения и наблюдения за больным. Формулировка диагноза с применением расширенного варианта CEAP позволяет определять оптимальный набор лечебных методик, как терапевтических, так и хирургических.

На наш взгляд, целесообразно активное применение классификации CEAP в работе отечественных лечебных учреждений. Вместе с тем особенности организационно-административного устройства российского здравоохранения диктуют необходимость учета ряда существенных деталей, касающихся именно практической лечебной деятельности [4].

Во-первых, при оформлении медицинской документации в поликлиниках и стационарах Российской Федерации от врачей законодательно требуют указания кода диагноза согласно Международной классификации болезней (МКБ). Несмотря на серьезные недостат-

ки МКБ, можно провести некоторую корреляцию между ее формулировками, касающимися ХЗВ, и классификацией CEAP (см. таблицу). В документах, имеющих важное юридическое или финансовое значение, использующихся при решении социальных, судебных задач или для предъявления в страховые компании, при формулировке диагноза следует использовать в первую очередь кодировку по МКБ. Описание клинического статуса пациента согласно классификации CEAP может быть дано одновременно в качестве детализации диагноза.

Во-вторых, в отечественной флебологии принятым является нозологический подход к формулировке диагноза. Мы выделяем варикозную болезнь (Ер), при которой происходит трансформация поверхностных вен, посттромбофлебитическую болезнь (Еs) с преимущественным поражением глубокой венозной системы и пороки развития венозной системы – флебодисплазии (Ес). Использование нозологических формулировок в практической деятельности позволяет врачу быстро ориентироваться при изучении медицинских документов пациента, поэтому мы считаем целесообразным использовать эти термины одновременно с классификацией CEAP, например, «Варикозная

болезнь левой нижней конечности, C2,3S, Ер, As,p, Pr2,17, 21.03.2009, LII».

При проведении научных исследований, подготовке монографий, методических рекомендаций, публикаций в медицинских журналах, диссертационных работ необходимо использовать классификацию CEAP. Активное использование классификации в научных целях будет способствовать беспрепятственному плодотворному обмену информацией, унификации диагностических и лечебных подходов к ХЗВ и в конечном счете улучшению качества помощи пациентам.

Литература

1. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен, основанные на принципах доказательной медицины, 2009 г. (в печати).
2. Флебология. Руководство для врачей. Под ред. В.С.Савельева. М.: Медицина, 2001.
3. Bergan JJ, Eklof B, Kistner RL et al. Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs. A consensus statement. *Vasc Surg* 1996; 30: 5–11.
4. Eklof B, Rutherford RB, Bergan JJ et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. *J Vasc Surg* 2004; 40: 1248–52.

Венозные трофические язвы. Современное состояние проблемы

Л.И.Богданец

Кафедра факультетской хирургии им. С.И.Спасокукоцкого Российского государственного медицинского университета (зав. – академик РАН и РАМН профессор В.С.Савельев); ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова (главный врач – проф. А.П. Николаев), Москва

За более чем столетний период научных изысканий и практической работы учеными разных стран были достигнуты значительные успехи в диагностике и лечении хронической венозной недостаточности (ХВН). Трофические язвы, осложняющие течение ХВН в 15–18% случаев, встречаются у 1–2% взрослого трудоспособного населения и 4–5% больных пожилого возраста. Лечение таких пациентов представляет трудоемкий и не всегда эффективный процесс, который даже в случае закрытия трофических язв характеризуется высокой частотой их рецидива: после хирургического лечения, по данным разных авторов, – от 4,8 до 31,6%, в результате применения консервативных методов – от 15 до 100%.

На основании полученных новых сведений о патогенезе заболевания, ключевым механизмом которого служит недостаточность венозных клапанов, способствующая формированию флебогипертензии с последующим развитием нарушений на клеточном, тканевом и микроциркуляторном уровне, приводящих к тканевой деструкции, ведущими специалистами в области флебологии определены наиболее эффективные направления лечения ХВН, осложненной трофическими язвами: компрессионное лечение, системная фармакотерапия, хирургическое вмешательство и местное использование современных топических лекарственных средств и раневых покрытий.

Признавая важную роль компрессионного лечения, большинство авторов по-прежнему считают приоритетными хирургическое лечение и местное воздействие на раневой процесс. Хирургическое вмешательство как этап комплексного лечения венозных трофических язв предусматривает устранение основных патогенетических механизмов формирования трофической язвы посредством операций на венозной системе и самой язве. Ликвидация патологических вено-венозных рефлюксов (вертикального рефлюкса крови по поверхностным и горизонтального – по перфорантным венам) позволяет снизить локальную флебогипертензию в

нижней трети голени и создать благоприятные условия для регресса трофических нарушений. Восполнение дефекта тканей в зоне открытой трофической язвы является следующей задачей и достигается посредством топических лекарственных средств наряду с современными раневыми покрытиями либо выполнением аутодермопластики.

Коррекция патологических вено-венозных сбросов является основным методом устранения венозной гипертензии, лежащей в основе прогрессирования ХВН и развития трофических расстройств, в том числе и язв. Операция может быть выполнена в один или два этапа (в начале устраняется вертикальный вено-венозный сброс, а затем горизонтальный). В ряде случаев при использовании современных мини-инвазивных технологий полноценная коррекция венозного кровотока может быть выполнена одномоментно.

Для устранения рефлюкса крови по подкожным венам наиболее популярны и используются в наши дни хирургические вмешательства, разработанные еще в прошлом веке: кроссэктомия (операция Троянова–Тренделенбурга), удаление стволов магистральных подкожных вен на зонде (операция Бебкокка). Вместе с тем применение этих операций у больных с венозными трофическими язвами возможно лишь в случае варикозной трансформации магистральных подкожных вен. Несмотря на радикальность и неплохой косметический эффект, следует отметить нередко возникающие после таких вмешательств осложнения в виде повреждения подкожных нервов, лимфатических коллекторов, обширных гематом в канале большой подкожной вены бедра, сопровождающихся длительным болевым синдромом, затяжным послеоперационным периодом и частыми рецидивами трофических язв: у 14% пациентов через 1 год, у 20% – через 2 года и у 26% – через 3 года.

С внедрением в клиническую практику ультразвуковых методов исследования появилась возможность вы-