

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. Любой врач, 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 одобрение 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 великолепных 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 фелобиологической 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 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, мурлыки,очные судороги), к обозначению клинического класса добавляют букву S (симптоматическое течение). Если пациент не предъявляет жалоб, то используют букву A (асимптомное течение).

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

- Ec – врожденное заболевание;
- Er – первичное заболевание;
- Es – вторичное заболевание;

En – не удается установить этиологический фактор.

Этот раздел целесообразно прокомментировать с более привычных российским фелобологам нозологических позиций. В отечественной фелобиологии принято выделять варикозную болезнь (Er), при которой происходит трансформация поверхностных вен, посттромбофлебитическую болезнь (Es) с преищественным поражением глубокой венозной системы и пороки развития венозной системы – фелободисплазии (Ec).

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

- As – поверхностные вены;
- Ap – перфорантные вены;
- Ad – глубокие вены;
- An – 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,очные 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 допплерография;

III – клиническое обследование + ультразвуковое ангиосканирование ± плетизмография;

IV – клиническое обследование + ультразвуковое ангиосканирование + флегография или флеботонометрия или спиральная компьютерная томография или магнитно-резонансная томография.

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

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, II**.

Что делать в данной ситуации? У пациентки варикозная болезнь с поражением системы большой подкожной вены, сопровождающаяся типичным субъективным симптомокомплексом венозного застоя и отечным 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 flavonoidная 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 несостоительна 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. Бедра.
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, II**. 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 икрках к концу рабочего дня, периодически возникающие зуд и жжение, отеков нет. При осмотре обнаружены телеангиэктазии на заднелатеральной поверхности обоих бедер и голеней (рис. 2). Эстетических проблем в связи с наличием «сосудистых звездочек» у пациентки нет. Проведена ультразвуковая допплерография, несостоительности 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, II. Обратите внимание: уровень диагностических действий обозначен, как II, поскольку мы использовали не ангиосканирование, а допплерографию. 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 флеобосклерозирующего 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,очные 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, пастозность тканей голени. Данные ультразвукового ангиосканирования: глубокие вены голени, подколенные, 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, II**. 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, III**. 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 несостоительных перфорантных вен Коккетта из отдельных разрезов.*

Корреляции формулировок диагнозов по МКБ-10 и СЕАР

Клинический класс по СЕАР	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 телangiэкзазии 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 полой 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 СЕАР: справа C1,4aS, Es, Ap,d, Pr1,7,9,11,13,14,15,18,06; 15.12.2007, III, слева C1,4b,5S, Es, As,p,d, Pr1,2,3,7,9,11,14,15,18,06,13; 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 СЕАР будет неполным, если не упомянуть об очень интерес-

Рис. 4. Пациентка М., 63 года. Посттромбофлебитическая болезнь обеих нижних конечностей.



ной форме ХЗВ – Cos, En, Ap, Rp. Так мы обозначаем случаи развития типичной субъективной симптоматики венозного застоя при абсолютно полноценной венозной системе. Речь идет об уже упоминавшихся флегбопатиях (ортостатической, у беременных, гормонально индуцированной). Описать эту клиническую ситуацию можно только с использованием классификации СЕАР. Для устранения проявлений флегбопатии применяют флегботонизирующую и компрессионную терапию.

По нашему мнению, в настоящее время система разделения ХЗВ СЕАР 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 СЕАР позволяет определять оптимальный набор лечебных методик, как трапевтических, так и хирургических.

На наш взгляд, целесообразно активное применение классификации СЕАР 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 принятый является нозологический подход к формулировке диагноза. Мы выделяем варикозную болезнь (Ep), при которой происходит трансформация поверхностных вен, посттромбофлебитическую болезнь (Es) с преимущественным поражением глубокой венозной системы и пороки развития венозной системы – флебодисплазии (Ec). 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, Ep, As,p, Pr2,17, 21.03.2009, LII».

При проведении научных исследований, подготовке монографий, методических рекомендаций, публикаций в медицинских журналах, докторских 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, Eklöf 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. Eklöf 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 горизонтальному – 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 устраивается вертикальный вено-венозный сброс, а затем горизонтальный). В ряде случаев при использования 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 Бебокка). 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-