

ВАРИКОЗНА ХВОРОБА НИЖНІХ КІНЦІВОК: ПРИЧИНИ, УСКЛАДНЕННЯ, ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ

Н. П. Коржик

Консультативно—діагностичний центр Шевченківського району м. Києва, філія № 2

VARICOSE DISEASE OF THE LOWER EXTREMITIES: CAUSES, COMPLICATIONS, CHOICE OF METHODS FOR TREATMENT AND PROPHYLAXIS

N. P. Korzhyk

Advisory Diagnostic Center of Shevchenko district of Kyiv, branch N 2

Актуальність проблеми зумовлена відсутністю єдиного підходу до лікування ВХНК, навіть оперативне лікування не позбавляє від рецидивів та ускладнень, а мініінвазивні оперативні втручання застосовують не в усіх лікувальних закладах, після їх виконання також можливе виникнення рецидивів та ускладнень.

Метод лікування ВХНК обирають залежно від вираженості її проявів.

У клінічних та наукових дослідженнях для детального визначення патологічного процесу, його локалізації та інших особливостей захворювання використовують міжнародну класифікацію СЕАР (1994), оснований на аналізі об'єктивних клінічних ознак хронічних венонних захворювань з наявністю (s) або відсутністю (a) симптомів хронічної венонної недостатності (ХВН).

C0a — відсутність видимих або пальпованих ознак варикозно—змінених вен

C0s — відсутність видимих або пальпованих ознак варикозно—змінених вен + симптоми (біль, розпирання, тяжкість у НК, свербіж, судоми)

C1a — телеангіектазія або сітчасті вени. Телеангіектазія — це конгломерат постійно розширених підшкірних венул діаметром менше 1 мм; сітчасті вени — це постійно розширені синюваті внутрішньошкірні вени, як правило, діаметром 1 — 3 мм.

C1s — телеангіектазія або сітчасті вени + симптоми

Реферат

Наведені результати лікування 1142 пацієнтів з приводу варикозної хвороби (ВХ) нижніх кінцівок (НК) за період з 2006 по 2014 р. Пацієнти розподілені на 3 групи залежно від вираженості клінічних ознак та методу лікування. Оперовані 59 хворих, у 65 — застосовано запропоновану схему лікування.

Ключові слова: варикозна хвороба нижніх кінцівок; ускладнення; методи лікування.

Abstract

The results of 1142 patients treatment for varicose disease of the lower extremities in 2006—2014 yrs were adduced. The patients were divided on 3 groups, depending on the clinical signs severity and method of treatment. There were operated 59 patients, in 65 — the proposed scheme of treatment was applied.

Key words: varicose disease of the lower extremities; complications; methods of treatment.

C2a — варикозно—змінені вени. Підшкірні постійно розширені вени діаметром понад 3 мм у положенні хворого стоячи

C2s — варикозно—змінені вени + симптоми

C3a — набряк, значне збільшення кількості рідини в підшкірних тканинах, що характеризується утворенням вм'ятини при натисканні

C3s — набряк + симптоми

C4a — зміни шкіри, характерні для захворювання вен (пігментація, екзема, ліподерматосклероз, біла атрофія). Пігментація: потемніння шкіри, як правило, в ділянці кісточки, проте, може поширюватись на стопу і всю НК. Екзема — еритемне, з пухирями, мокре або лускате висипання на шкірі НК. Ліподерматосклероз — локалізоване ущільнення шкіри, іноді з контрактурою рубців. Біла атрофія — розташована по окружності білувата й атрофована

ділянка шкіри, оточена плямами розширених капілярів, іноді — гіперпігментації

C4s — зміни шкіри + симптоми

C5a — зміни шкіри, наведені вище, та загоєна виразка

C5s — зміни шкіри, наведені вище, загоєна виразка + симптоми

C6a — зміни шкіри, наведені вище, та відкрита виразка

C6s — зміни шкіри, наведені вище, та відкрита виразка + симптоми [1].

Крім візуального косметичного дискомфорту, ВХНК супроводжується ускладненнями у вигляді ХВН, найбільш тяжкі її наслідки — це трофічна виразка — дефект всіх шарів шкіри, локалізований переважно в ділянці гомілок та нездатний до спонтанного загоєння. Венонну недостатність (ізолювану або поєднану) спостерігають у 60 — 85% пацієнтів при ВХНК [2].

Щороку кількість знов захворілих у розвинених країнах становить 2,6% — у жінок та 1,9% — у чоловіків [3].

У передопераційній підготовці та післяопераційній реабілітації, а також як самостійний метод лікування важливе значення мають методи консервативної терапії, що позитивно впливають на нормалізацію мікроциркуляторних процесів у тканинах [4].

Найтяжчим є лікування ускладненої ВХНК, незалежно від того, чи оперували пацієнтів, чи застосовували консервативну терапію.

Одним з дієвих препаратів є актовегін — гемодериват крові телят, одержаний методом діалізу та ультрафільтрації. Препарат сприяє збільшенню утилізації та споживання кисню, підвищенню енергетичного метаболізму та споживання глюкози. Сумарний ефект всіх цих процесів полягає у підвищенні енергетичного стану клітини, особливо в умовах його недостатності. Препарат актовегін сприяє прискоренню загоєння ран, що обґрунтовує доцільність його застосування у пацієнтів за ускладнених форм ХВН [4].

Завдяки унікальному механізму дії актовегін забезпечує клінічну ефективність в умовах тимчасово індукованого стресу та гіпоксії тканин у пацієнтів при ХВН як потужний антиоксидант, що сприяє активації метаболізму глюкози та кисню. Актовегін у вигляді розчину для внутрішньовенної інфузії широко застосовують як засіб системної фармакотерапії у пацієнтів за ускладнених форм ХВН [4].

Детралекс (Серв'є) — єдиний флеботропний препарат, що містить очищену фракцію флавоноїдів (діосмін та гесперидин) у мікронізованому вигляді. Мікронізація (зменшення частинок активної речовини) забезпечує швидку абсорбцію активного компоненту після його введення всередину та діє швидше у порівнянні з немікронізованою часткою діосміну. Застосовують 1 таблетку двічі на добу протягом 60 діб. В 1 таблетці детралексу міститься 500 мг очищеної мікронізованої фракції флавоноїдів: діосміну (90%) та геспе-

ридину (10%). Детралекс є вено-тонічним та ангіопротекторним засобом; зменшує розтягнення вен, підвищує тонус та зменшує вираженість венозного стазу, покращує відток лімфи; зменшує проникність капілярів та підвищує їх резистентність, покращує мікроциркуляцію; зменшує взаємодію лейкоцитів з ендотелієм, адгезію нейтрофільних гранулоцитів у посткапілярних венах.

Це зменшує вразливу дію медіаторів запалення на стінках вен та їх клапанах.

В основі будь-якого інфекційного запалення лежить імунно-алергічна реакція, що спричиняє певні наслідки, зокрема, значні зміни на внутрішній стінці судин. До того ж, в організмі внаслідок хвороби накопичуються продукти розпаду антибіотиків та мікроорганізмів, токсини, що осідають переважно на стінках судин [2].

Венозну систему НК формують глибокі, поверхневі та сполучні вени. Всі вони мають клапанний апарат, що забезпечує ток крові у напрямку до серця. Венозний відток має кілька механізмів, основним з яких є активне скорочення м'язів, що оточують глибокі вени. В основі формування ХВН лежить порушення нормального венозного відтоку з НК внаслідок недостатності клапанів в усіх частинах венозного русла, а в деяких ситуаціях — порушення прохідності глибоких вен (їх стискання, посттромбофлебітичний синдром) [2, 5].

Ентеросгель — ентеросорбент, паста для застосування всередину (виробництво ПрАТ "ЕОФ КРЕОМА—ФАРМ", Київ), діючою речовиною якого є гідрогельметил кремнієвої кислоти. Справляє детоксикаційний вплив. Препарат ефективно адсорбує з вмісту кишечника та крові (крізь мембрани капілярів ворсинок слизової оболонки) середньомолекулярні токсичні речовини, продукти незавершеного метаболізму, сприяє виведенню інкорпорованих радіонуклідів, усуває прояви токсикозу, покращує функцію кишечника, печінки, нирок, нормалізує показники крові та сечі.

Як ефективний детоксикант, ентеросгель сприяє підвищенню імунітету.

Набряк за венозної недостатності є найбільш частим симптомом захворювання, його виявляють майже у 90% пацієнтів. Як і всі види набряку, він характеризується збільшенням об'єму інтерстиціальної рідини. На відміну від інших видів набряку, він пов'язаний з мікроангіопатією, що має спочатку функціональну, у подальшому — й органічну природу і є наслідком венозного стазу, що ушкоджує ендотелій, порушує його функцію і спричиняє значні порушення реологічних властивостей крові. Наслідки цього на тканинному рівні пов'язані з виникненням запальних процесів, в яких беруть участь багаточленні хімічні медіатори, що зумовлює фіброз, розпушення стінок капілярів та гіпоксію [6].

Мінінвазивні методики лікування ВХНК все ширше застосовують у практиці.

Одним з методів усунення патологічного вено-венозного рефлюксу є склерооблітерація. Існують багато її варіантів. Покращити якість та результати облітерації вен великого та середнього діаметра стало можливим завдяки впровадженню методики мікропіпінної склеротерапії (foam—form). Проте, введення склерозуючої речовини "всліпу" може спричинити як пошкодження глибоких магістральних судин, так і некритичні зміни у паравазальних тканинах. Використання ультразвукового дуплексного ангіосканування (УЗДАС) для контролю маніпуляції (або операції) — це ехосклеротерапія. Введення мікропіпінної форми склерозанту під контролем УЗДАС називають ехосклерооблітерацією (foam—form). Метод дозволяє контролювати пункцію вени через підшкірний прошарок, спостерігати та управляти поширенням мікропіпінної форми склерозанту [7].

Мета дослідження: відповідно до класифікації СЕАР визначити тяжкість ВХНК та найпоширеніший метод лікування пацієнтів в амбулаторних умовах, оптимізувати лікування хворих, у яких виявлені ускладнення

у вигляді набряку, трофічних виразок та попередити їх рецидиви.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з 2006 по 2014 р. у 1142 пацієнтів віком від 18 до 89 років проаналізований перебіг ВХНК за неускладнених та ускладнених форм, а також стан пацієнтів після оперативного втручання. Визначено частоту виконання оперативних втручань, а також проаналізовано ефективність лікування ВХНК з використанням сучасних венотонізуючих препаратів.

Відповідно до класифікації CEAP, пацієнти розподілені на три групи (див. таблицю).

У 719 пацієнтів (I група) проведено консервативне лікування, їм призначали препарат детралекс по 1 таблетці двічі на добу протягом 2 міс в поєднанні з лікувальною фізкультурою, плаванням та раціональним режимом роботи й відпочинку. Місцево, за потреби, використовували гепарил—гель, ліотон—гель або троксевазин—гель. Лікування повторювали через 6 міс.

У 49 пацієнтів (II група) виконана венектомія за методом Беккока — Нарата, в подальшому також призначали консервативне лікування, переважно з застосуванням препарату детралекс по 1 таблетці двічі на добу протягом 2 міс; у 2 з них здійснене ехосклерозування вен з лазерною коагуляцією; решті — призначали лише консервативне лікування, оскільки від оперативного втручання вони утримались з певних причин.

Найбільш складним виявилось лікування 94 пацієнтів (III група) віком від 38 до 89 років, яке було переважно консервативним. Оперовані 9 пацієнтів (8 жінок, 1 чоловік)

віком від 27 до 60 років, у яких виявлені трофічні розлади у вигляді виразок та значних індуративних змін.

Загалом у II і III групах оперовані 58 пацієнтів віком від 37 до 73 років, жінок — 38 (66,1%), чоловіків — 20 (33,9%), що становило 5,7% досліджуваних хворих.

З метою лікування трофічних розладів та попередження рецидивів використовували запропоновану та запатентовану схему лікування [8]: з першого дня виникнення ускладнення системно призначали препарат ентеросгель за 2 год до їди по 1 столовій ложці тричі на добу протягом 10 діб, препарат актовегін внутрішньовенно по 5 мл щодня 1 раз на добу протягом 10 діб в поєднанні з місцевим застосуванням мазі офлокаїн, яку призначали місцево 1 раз на добу протягом усього періоду епітелізації рани. Після внутрішньовенного застосування актовегін призначали у таблетованій формі по 1 таблетці тричі на добу протягом 10 діб; у подальшому протягом 3 міс — детралекс по 1 таблетці двічі на добу.

Клінічний ефект такої схеми полягав у забезпеченні детоксикації та покращення метаболізму в поєднанні з місцевим застосуванням мазі, до складу якої входять 0,1% офлоксацин — антимікробний засіб з групи фторхінолонів та 3% анестетик лідокаїн на гідрофільній водорозчинній основі, що має антибактеріальний, помірно знеболювальний та осмоларний ефект [5].

За запропонованою схемою лікували 65 (5,7%) хворих віком від 38 до 89 років, з них чоловіків — 11 (16,9%), жінок — 54 (83,1%). У 168 пацієнтів виявлені супутні захворювання, в тому числі у 51 (78,46%) — ішемічна хвороба серця, у 38 (58,46%) — захворювання жовчо-

вивідних шляхів, у 56 (86,5%) — захворювання хребта, у 18 (27,69%) — захворювання органів малого таза, у 4 (6,5%) — цукровий діабет, в 1 (1,54%) пацієнтки — онкологічне захворювання шкіри, після опромінення виникла трофічна виразка, що не загоїлася протягом життя.

Обстеження включало загальноклінічні, біохімічні, коагуляторні методи, ультразвукове дослідження вен. В динаміці аналізували такі симптоми, як біль, тяжкість у НК, набряк, пігментацію, судоми в литкових м'язах. Результати лікування оцінювали на підставі аналізу об'єктивних і суб'єктивних показників на 20, 30—ту та 60—ту добу дослідження.

На основі аналізу клінічного досвіду та результатів лабораторних досліджень встановлено, що застосування запропонованого способу дозволило попередити наслідки та рецидиви захворювання. Тривалість курсу лікування встановлена на основі клінічного досвіду. Схема проста у виконанні, її можна використовувати в амбулаторних та стаціонарних умовах.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ефективність лікування оцінювали за стандартними критеріями на підставі оцінки загального стану, скарг, температури тіла, аналізів крові, тривалості періоду тимчасової непрацездатності пацієнтів.

За результатами клінічних спостережень встановлено, що в амбулаторних умовах домінуючим є медикаментозне лікування ВХНК, проведене всім пацієнтам.

Пацієнтам I групи проводили лише консервативне лікування, після застосування препарату детралекс в поєднанні з лікувальною фізкультурою стан хворих покращився, на-

Розподіл хворих за тяжкістю захворювання та статтю

| Досліджувана група | Тяжкість захворювання за CEAP | Кількість хворих | | | | | |
|--------------------|-------------------------------|------------------|-------|-------|-------|-----------|-------|
| | | разом | | жінок | | чоловіків | |
| | | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| I | C0a-C2s | 719 | 62,96 | 565 | 49,47 | 154 | 13,49 |
| II | C3a-C4s | 329 | 28,81 | 236 | 20,67 | 93 | 8,14 |
| III | C5a-C6s | 94 | 8,23 | 78 | 6,23 | 16 | 1,4 |
| Загалом ... | | 1142 | 100 | 879 | 76,97 | 263 | 23,03 |

бряк та біль у НК зникли вже через 14 діб.

У пацієнтів II групи покращення стану відзначене після застосування препарату протягом 2 міс після оперативного втручання.

Пацієнтів III групи лікували з використанням запропонованого методу.

У 47 (72,31%) хворих III групи відзначене суттєве покращення, у 12 (18,46%) — помірне покращення, у 6 (9,23%) — стан не змінився. Ефективність застосування запропонованої схеми клінічно проявлялася зменшенням інтенсивності болю, набряку, гіперпігментації, зникненням або зменшенням площі виразок.

Шкіра набула нормального забарвлення, трофічні виразки епітелізувалися або значно зменшилися. Через 20 — 25 діб стан пацієнтів нормалізувався. Проте, незважаючи на проведення лікування, зокрема, оперативного втручання, спостері-

али набряк гомілок, біль. Загострення були сезонними: весною та влітку набряк та біль були більш виражені. У 6 (9,23%) хворих (жінок віком від 38 до 89 років), у віддаленому післяопераційному періоді виникли рецидиви трофічних виразок, що протягом тривалого часу не гоїлися, період ремісії був нестійким, що спричинило втрату працездатності та інвалідність. Всі схеми консервативного лікування, крім зазначеної, виявились малодієвими. Застосування запропонованої схеми сприяло загоєнню ран та покращенню загального стану хворих, уникненню рецидивів трофічних виразок.

Профілактика ВХНК та її ускладнень передбачала призначення лікувальної фізкультури, плавання, раціональний підбір взуття, зменшення маси тіла, лікування супутніх захворювань, зокрема, серцево-судинних та опорно-рухового апарату.

ВИСНОВКИ

1. Медикаментозне лікування з приводу ВХНК проведене всім досліджуваним пацієнтам, у 62,96% з них воно виявилось основним і не потребувало оперативного втручання.

2. Оперативне втручання виконане у 59 (5,17%) хворих, у 6 (0,53%) — виявилось неефективним, спричинило інвалідність.

3. Застосування запропонованої схеми лікування трофічних розладів дозволило покращити клінічний стан пацієнтів за ускладнених форм ВХНК та уникнути рецидивів.

4. Схема дієва за умови виникнення післяопераційних рецидивів ускладненої ВХНК.

5. Альтернативними методами оперативного лікування є мініінвазивні втручання з застосуванням сучасної медичної апаратури та за спеціальної підготовки фахівців.

ЛІТЕРАТУРА

1. Український Консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою. — К., 2005. — 19 с.
2. Сайгітов Р. Т. Венозные язвы / Р. Т. Сайгітов, М. Г. Глезер // Здоров'я України. — 2012. — № 1(7). — С. 17.
3. Бойко В. В. Ефективність препарату Діофлан у медикаментозній терапії хронічної венозної недостатності / В. В. Бойко, Ю. В. Іванова // Там же. — 2011. — № 1. — С. 1 — 3.
4. Мосесов А. Г. Актотегин как компонент комплексной терапии осложненных форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей / А. Г. Мосесов, А. Г. Учкин, А. А. Цырульников // Рус. мед. журн. — 2007. — № 12. — С. 1 — 8.
5. Ващенко М. Веноплант в лечении хронической венозной недостаточности / М. Ващенко // Ліки України. — 2004. — № 4. — С. 1 — 2.
6. Вайсера М. Причины отека при хронической венозной недостаточности / М. Вайсера // Флебологическая. — 2003. — № 5. — С. 14.
7. Ходос В. А. Опыт применения амбулаторной эхосклерооблитерации foam—form при варикозной болезни нижних конечностей / В. А. Ходос // Хірургія України. — 2012. — № 4 (44). — С. 39 — 43.
8. Пат. 75396 Україна, МПК А61Р9/14. Спосіб лікування хворих на варикозну хворобу з ускладненням у вигляді трофічних виразок / Н. П. Коржик (Україна); заявник і патентовласник Нац. мед. ун—т. — Заявл. 12.06.12; опубл. 26.11.12. Бюл. № 22.

