

УДК 616.147.3-007.64-06-08-084

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Проф. Т.І. Тамм, канд. мед. наук О. М. Решетняк, канд. мед. наук А. П. Захарчук

Харківська медична академія післядипломної освіти

Розглянуто проблему діагностики, класифікації варикозної хвороби нижніх кінцівок і профілактики її ускладнень. Наведено дані літератури щодо медикаментозного лікування, застосування компресійної терапії та сучасних методів хірургічної корекції венозної гемодинаміки. Детально подано показання та протипоказання, імовірні ускладнення й ефективність кожного методу усунення варикозного синдрому. Визначено, що розвиток тяжких ускладнень варикозної хвороби у вигляді тромбофлебиту глибоких і поверхневих вен, трофічних виразок у перспективі можна зменшити, якщо проводити адекватну корекцію порушень гемодинаміки на ранніх етапах розвитку захворювання. Ця публікація має допомогти лікарям сімейної практики не лише виявляти в пацієнтів варикозну хворобу нижніх кінцівок, а й проводити адекватну консервативну терапію, а за наявності показань своєчасно направляти хворих для хірургічного лікування.

Ключові слова: варикозна хвороба нижніх кінцівок, класифікація, діагностика, хірургічне лікування, профілактика.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Проф. Т. И. Тамм,
канд. мед. наук А. Н. Решетняк,
канд. мед. наук А. П. Захарчук

Рассмотрена проблема диагностики варикозной болезни нижних конечностей и профилактики ее осложнений. Приведены данные литературы по медикаментозному лечению, применению компрессионной терапии и современных методов хирургической коррекции венозной гемодинамики. Подробно представлены показания и противопоказания, возможные осложнения и эффективность каждого из методов устранения варикозного синдрома. Определено, что развитие тяжелых осложнений варикозной болезни в виде тромбофлебита глубоких и поверхностных вен, трофических язв в перспективе возможно уменьшить, если проводить адекватную коррекцию нарушений гемодинамики на ранних этапах развития заболевания. Данная публикация должна помочь врачам семейной практики не только выявлять у пациентов варикозную болезнь нижних конечностей, но и проводить адекватную консервативную терапию, а при наличии показаний своевременно направлять больных для хирургического лечения.

Ключевые слова: варикозная болезнь нижних конечностей, классификация, диагностика, хирургическое лечение, профилактика.

PREVENTION OF COMPLICATIONS OF VARICES IN THE LOWER EXTREMITIES IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR

T. I. Tamm,
O. M. Reshetnyak,
A. P. Zakharchuk

The article is focused on the problem of diagnosing the varicose disease, issues of its classification and preventing its complications. The data is given on medical treatment, compression therapy and modern methods of surgical correction of venous hemodynamics, as well as on detailed indications, contraindications and possible complications of the disease, the effectiveness of each of the listed methods aimed on the elimination of varicose syndrome. The risk of the development of such severe complications as superficial and deep veins thrombophlebitis, trophic ulcers is proved to be reduced in perspective by adequate hemodynamics correction on early stages of the disease. The following article is supposed not only to help family practitioners in diagnosing the lower limbs' varicose disease but also provide the adequate conservative treatment, and in case of indications, send a patient for further surgical correction.

Keywords: varicose disease of the lower extremities, classification, diagnostics, surgical treatment, prevention.

Варикозна хвороба (ВХ) нижніх кінцівок характеризується первинною варикозною трансформацією поверхневих вен і може супроводжуватися низкою клінічних ускладнень: тромбофлебітом поверхневих і глибоких вен,

розвитком трофічних виразок, кровотечею з варикозних вузлів. Якщо сама по собі ВХ найчастіше завдає косметичних незручностей, то різноманітні ускладнення, які виникають, порушують здоров'я та знижують працездатність.

Згідно з даними різних авторів, на ВХ страждає від 20 до 57,1 % населення розвинених країн, а в Україні, на думку експертів, поширеність цього захворювання серед працездатної частини населення України, сягає 40–50 % [1, 7, 8].

Відсутність своєчасного лікування призводить до невпинно прогресуючого перебігу захворювання та розвитку трофічних порушень, які спостерігаються в 15–25 % хворих на ВХ. Наявність венозних трофічних виразок супроводжується зниженням усіх аспектів якості життя пацієнтів і є причиною фізичних і психологічних страждань, а також інвалідності [6].

Також загрозливим ускладненням ВХ є варикотромбофлебіт, який трапляється в 30–59 % хворих і може становити реальну ембологенну небезпеку з летальними наслідками. Окрім того, прогресуючий перебіг варикотромбофлебіту призводить у 10–25 % випадків до тромбозу глибоких вен, а післятромботична хвороба, що формується в подальшому, потребує складного, дороговартісного, тривалого та не завжди успішного лікування [3].

Фактори ризику виникнення ВХ складають спадковість, вік, жіночу стать, ожиріння, вагітність, тривале статичне навантаження та високий зріст.

У питанні етіології та патогенезу ВХ досі залишаються багато дискусійних моментів. Безперечним є той факт, що в основі розвитку захворювання лежить виникнення недостатності венозних клапанів, формування високих і низьких патологічних вено-венозних рефлюксів, які спричиняють порушення мікроциркуляції і внаслідок цього — порушення трофіки м'яких тканин із розвитком варикозних виразок.

Для детального визначення патологічного процесу, його локалізації та інших особливостей ВХ лікарям, у тому числі й лікарям сімейної практики, необхідно використовувати міжнародну класифікацію СЕАР (1994), яка базується на аналізі об'єктивних клінічних ознак хронічних венозних захворювань із наявністю (s) або відсутністю (a) симптомів хронічної венозної недостатності. У ній ураховано

клінічні (clinical) прояви захворювання, етіологічні (etiological) й анатомічні (anatomical) фактори патології, а також характер патологічних розладів (patophysiological). Проте в цій класифікації занадто багато статичних елементів (особливо в класах C4 і C5), які не придатні для оцінки ефективності лікування [2].

Необхідною передумовою успішного лікування ВХ є якісне ретельне обстеження хворих для виявлення особливостей порушення венозної гемодинаміки. Для цього використовують ультразвукове дуплексне ангиосканування з кольоровим кодуванням потоків крові. За точністю діагностики недостатності глибоких і перфорантних вен цей метод набагато перевищує безперервнохвильову доплерографію. Візуалізація у В-режимі дає змогу точно визначити анатомо-топографічні особливості венозного судинного русла, а використання кольору створює можливість установити прохідність вен і наявність рефлюксів.

Ультразвукові технології дають змогу не лише планувати, а й проводити хірургічні втручання, упроваджуючи мінімально інвазивні методи лікування ВХ.

Основні напрямки лікування ВХ на сучасному етапі становлять корекцію порушень венозного відтоку хірургічним втручанням у комбінації з компресійним лікуванням, медикаментозний вплив на тонус вен, мікроциркуляцію та лімфатичний відтік.

Фундаментом усіх лікувальних заходів є компресійна терапія. Вона може використовуватися самостійно або як доповнення до хірургічного лікування. Для цього широко використовуються засоби компресійної терапії — еластичні бинти, медичний трикотаж, а також різні апарати для інтермітуючої компресії. Компресія поліпшує венозний і лімфатичний відтік, знижує патологічну венозну ємність, усуває або зменшує венозний рефлюкс, сприяє зростанню резорбції інтерстиціальної рідини, збільшує фібринолітичну активність крові, зменшує вираженість трофічних порушень, зокрема гіперпігментації і ліподерматосклерозу, сприяє загоєнню венозних виразок, а також достовірно поліпшує якість життя хворих. Практично єдиним

протипоказанням до застосування компресійних засобів є хронічні облітеруючі ураження артерій нижніх кінцівок у разі зниження регіонарного систолічного тиску на гомілкових артеріях нижче 80 мм рт. ст.

Панчохи з найменшим тиском (клас I, 20–30 мм рт. ст.) пропонують у разі лікування хворих на симптоматичний варикоз вен. Вони дають змогу зменшити набряк паравальних тканин. Із середнім і високим (клас II, 30–40 мм рт. ст. клас III, ≥ 40 мм рт. ст.) тиском рекомендовані за трофічних порушень і виразок.

Базисом для проведення патогенетично обґрунтованої медикаментозної терапії ВХ є флеботропні лікарські препарати. Зі змінним успіхом було випробувано велику кількість сполук, однак до найдієвіших препаратів належать сапоніни (екстракт із насіння кінського каштану аесцин); гамма-бензопіреїни (флавоноїди), такі як рутозиди, діосмін і гесперидин; оригінальна мікронізована очищена флавоноїдна фракція й інші рослинні екстракти (наприклад, екстракт із кори французької морської сосни). Синтетичні засоби містять добезилат кальцію, нафтазон і бензарон.

Веноактивні препарати застосовують для підвищення тонусу вен і зниження проникності капілярів, хоча механізм дії більшості з них залишається нез'ясованим. Флавоноїди, впливаючи на адгезію лейкоцитів та ендотеліоцитів, знижують виразність запалення й набряку.

Разом із флеботропними лікарськими засобами в разі ВХ вен нижніх кінцівок використовують препарати інших фармацевтичних груп: нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) (ібупрофен, диклофенак тощо); препарати для системної ензимотерапії (вобензим, флогензим); вазоактивні засоби й дезагреганти (пентоксифілін, дипіридамо́л, простагландини E1).

У комплексній терапії цієї патології можуть застосовуватися також топічні препарати (мазі, гелі). Залежно від основного активного компонента вони поділяються на кілька груп: гепаринові (есавен-гель, ліотон 1000-гель,

гепаринова мазь тощо); НПЗЗ (диклофенак-гель, фастум-гель, орувель-гель); ГКС (целестодерм, флуцинар, фторокорт тощо); флеботоніки (венорутон-гель, гінкор-гель, цикло-3-мазь тощо).

Багато авторів зазначають, що ранній початок фармакотерапії допомагає знизити кількість пацієнтів з ускладненнями ВХ. Є переконливі дані, що фармакотерапія дає змогу поліпшити результати лікування хворих на ВХ і венозні виразки [5].

Основним методом лікування ВХ для профілактики її ускладнень залишається хірургічне втручання. Метою операції є усунення симптомів захворювання, у тому числі й косметичних дефектів, запобігання розвитку таких ускладнень, як тромбофлебіт, лімфостаз, слоновість, варикозні виразки. Показанням до операції є також наявність рефлексу крові з глибоких вен у поверхневій незалежно від клінічного класу хвороби.

Нині в клінічній практиці серед усіх хірургічних методів лікування ВХ виділяють комплексну традиційну флебектомію, ендовенозну лазерну коагуляцію, радіочастотну абляцію й ехосклеротерапію. Головна мета всіх хірургічних методів лікування — виключення з кровотоку варикозно розширених вен і нормалізація його по глибоких венах. Водночас решта, за винятком флебектомії, широко застосовується на амбулаторному рівні.

Для лікування неспроможності великої підшкірної вени (ВПВ) можна застосовувати термальну абляцію ВПВ (лазерну або радіочастотну) замість перев'язки й іверсійного стріпінгу ВПВ до рівня колінного суглоба.

Для лікування варикозно розширених бічних притоків можна виконувати міні-флебектомію або ехосклеротерапію.

Селективне лікування неспроможності перфорантних вен у пацієнтів із ВХ у стадії С2 за класифікацією CEAP не рекомендовано, тоді як таке лікування необхідне за неспроможності перфорантних вен, розташованих у ділянці активних трофічних виразок або тих, що загоїлися, тобто в стадії С5–С6 за класифікацією CEAP. У цьому разі рекомендовано використовувати міні-інвазивні методи.

Виконання перев'язки та стріпінгу тепер показане лише особам із великими розширеними звивистими підшкірними венами, що розташовуються безпосередньо під шкірою, а також пацієнтам з аневризмами сафенофemorального співустя. Відкриті оперативні втручання з видалення вен слід здійснювати також хворим, які перенесли варикотромбофлебіт великої чи малої підшкірної вени, коли неможливо підшкірно ввести лазерне волокно або радіочастотний катетер.

Останнім часом істотно змінилися техніка й методи виконання відкритих хірургічних втручань. Нині для лікування неспроможних перфорантних вен у осіб із трофічними порушеннями м'яких тканин широкого розповсюдження набула методика відеоендоскопічної дисекції перфорантних вен (Subfascial Endoscopic Perforants Surgery). Використання ендоскопічного інструментарію дає змогу мінімізувати операційну травму та зводити до мінімуму ризик післяопераційних ускладнень у цієї тяжкої категорії хворих.

Ендовенозна лазерна або радіочастотна абляція — це доволі нові мінімально інвазивні черезшкірні методи, що мають певні переваги порівняно з відкритими традиційними оперативними втручаннями. Абляцію виконують в амбулаторних умовах під тумінісцентною анестезією під контролем ультразвуку. Для хворих це менш болюча процедура, вони відчують незначний дискомфорт і можуть повертатися до роботи раніше, ніж після відкритого оперативного втручання. Методично лазерна або радіочастотна абляція мають багато спільного: оклюзія вени відбувається під дією тепла, що надходить усередину вени по черезшкірно введеному лазерному волокну, або радіочастотному катетеру. Ендовенозна термальна абляція викликається прямим термальним ушкодженням стінки вени, яке полягає в деструкції ендотелію та денатурації колагену її серединного шару, наслідком чого є фіброзна та тромботична оклюзія вени. У разі ендотермальної абляції лазерний промінь також має прямий тепловий вплив на кров.

Протипоказаннями для виконання термальної абляції є неналежний діаметр вен

(< 2 і > 15 мм), наявність в анамнезі тромбофлебіту поверхневих вен, наслідком якого є частковий тромбоз підшкірної вени, а також звивистість ВПВ.

Відносними протипоказаннями для проведення ендовенозної абляції є встановлена тромбофілія, алергічна реакція на місцеві анестетики, нерухомість хворого, вагітність і годування грудьми.

Після ендовенозної термальної абляції часто виникають транзиторні парестезії (3–9,8 % випадків), значно рідше опіки шкіри (0,5–2 %), тромбофлебіти (0,8–1,87 %), гіперпигментація шкіри (у 2–12 % пацієнтів). Тромбоз глибоких вен описано у 2,6 % спостережень.

Альтернативним варіантом термальної абляції та відкритих оперативних втручань є склеротерапія, яка заснована на введенні в патологічно змінену вену препарату, який викликає деструкцію ендотеліальних клітин венозної стінки, виділення колагенових волокон і формування фіброзної обструкції вен.

Основні показання до проведення склеротерапії такі: ВХ у стадії C1–C2 за класифікацією CEAP (телеангіоектазії, ретикулярний варикоз). Слід зазначити тенденцію багатьох фахівців до виконання склеротерапії фрагментів ВПВ та її притоків.

У літературі описано такі ускладнення під час проведення ехосклеротерапії: анафілактичний шок, ліпофіброз, больовий синдром, поверхневий флебіт, тромбоз глибоких вен, ушкодження артеріальних стовбурів. Використання ультразвукового контролю в разі проведення лікування методом склеротерапії дає низку переваг у забезпеченні радикальності й безпеки втручання та знижує кількість ускладнень [4].

Загалом ехосклеротерапія є досить делікатним, не позбавленим певного ризику методом, що створює додаткові можливості в лікуванні ВХ.

Головний критерій ефективності різноманітних хірургічних методів лікування ВХ — кількість рецидивів після лікування. Згідно з дослідженнями спеціалістів, які оцінювали ефективність ендовенозної лазерної та радіочастотної абляції, склеротерапії — через рік

рефлюкс по ВПВ спостерігався у 5,8 % пацієнтів після ендовенозної лазерної абляції, у 4,8 % — після радіочастотної абляції, у 16,3 % пацієнтів — після склеротерапії [9].

Комплекс профілактичних заходів у пацієнтів із ВХ має бути спрямованим на вповільнення прогресування захворювання чи виникнення рецидивів і на поліпшення якості життя. Насамперед необхідно усунути фактори ризику або максимально знизити їх негативний вплив. Доведено, що навіть проста корекція способу життя у вигляді збільшення динамічної активності, дозованої лікувальної ходьби, регулярної розвантажувальної гімнастики, плавання, постурального дренажу має важливе значення для профілактики прогресування ВХ. Усі варіанти гімнастичних вправ, що виконуються у вертикальному положенні, а також ходьба й теренкур слід здійснювати в умовах адекватної компресії ураженої кінцівки.

Нині інноваційні методи діагностики та новітні технології значно розширили можливості лікування ВХ нижніх кінцівок і профілактики її ускладнень. Задля того, щоб у пацієнта були задовільними косметичний і функціональний результати, лікар має роз'яснити пацієнту необхідність ранньої корекції гемодинаміки та показання до кожного способу лікування.

ВИСНОВКИ

1. Лікар сімейної практики має не лише виявляти хворих на ВХ, а й проводити адекватну консервативну терапію, а за наявності показань своєчасно направляти пацієнта для хірургічного лікування.

2. Розвиток тяжких ускладнень варикозної хвороби у вигляді тромбофлебіту глибоких і поверхневих вен, трофічних виразок у *перспективі* можна зменшити, якщо проводити адекватну корекцію порушень гемодинаміки на ранніх етапах розвитку захворювання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойко В. В. Хирургическое лечение трофических язв при хронической венозной недостаточности: индивидуальный подход / В. В. Бойко, И. Б. Бабынкина // Международный медицинский журнал. — 2014. — № 3. — С. 72–74.
2. Модифікація клінічної класифікації CEAP в залежності від особливостей функціонування венозної системи при варикозній хворобі нижніх кінцівок / Д. Ю. Рязанов, О. В. Мамунчак, Д. О. Смирнова, А. М. Якуніч // Сучасні медичні технології. — 2016. — № 3. — С. 16–20.
3. Сабадош Р. В. Обґрунтування об'єму невідкладного хірургічного втручання при гострому варикотромбофлебіті нижніх кінцівок / Р. В. Сабадош // Клінічна флебологія. — 2015. — Т. 8, № 1. — С. 58–60.
4. Ходос В. А. Катетер-керована мікропінна стовбурна флебосклерооблітерація під ультразвуковим дуплексним контролем при лікуванні варикозної хвороби нижніх кінцівок / В. А. Ходос // Хірургія України. — 2015. — № 2. — С. 29–34.
5. Хронічні захворювання вен нижніх кінцівок і таза: діагностика, терапія, лікарсько-трудова експертиза, профілактика ускладнень : клініко-практичні рекомендації / О. Ю. Усенко, П. І. Нікульников, Л. М. Чернуха [та ін.] // Клінічна флебологія. — 2014. — Т. 7, № 1. — С. 6–61.
6. Чернуха Л. М. Хронические заболевания вен — проблема, требующая решения / Л. М. Чернуха // Здоров'я України. — 2011. — № 6 (259). — С. 18–19.
7. Bihari I. Epidemiological study on varicose veins in Budapest / I. Bihari, L. Tornoci, P. Bihari // Phlebology. — 2012. — Vol. 27, № 2. — P. 77–81.
8. Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program / E. Rabe, J. J. Guex, A. Puskas [et al.] // Int Angiol. — 2012. — Vol. 31. — P. 105–115.
9. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases / P. Gloviczki, A. J. Camerota, M. C. Dalsing [et al.] // J. Vasc. Surg. May Supplement. — 2011. — Vol. 53. — P. 2–48.