



Проф. А.Н. Корж

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Кафедра общей практики — семейной медицины

Роль семейного врача в диагностике, профилактике и лечении хронической венозной недостаточности

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) является самым распространенным из заболеваний периферических сосудов, и в то же время относится к тем проблемам, которые во врачебной среде поднимают редко. Распространенность этого заболевания исключительно высока: согласно последним эпидемиологическим данным, от 35 до 60% трудоспособного населения развитых стран страдает хроническим заболеванием вен, а среди пациентов старшего возраста — почти у каждого выявляются симптомы поражения венозной системы различной степени выраженности, при этом только около 8% больных ХВН получают необходимое лечение [1, 2]. В итоге субкомпенсированные и декомпенсированные формы ХВН встречаются у каждого шестого-седьмого человека в мире. Более того, имеются основания полагать, что данное заболевание распространено намного шире, чем диагностируется.

Вследствие того, что ХВН непосредственно связана с прямохождением, чаще всего врачам приходится сталкиваться с недостаточностью вен нижних конечностей, и в подавляющем большинстве случаев, говоря о ХВН, врачи имеют в виду именно патологические изменения вен ног.

Решение проблемы ХВН в настоящее время требует комплексного применения лечебной тактики, включающей как консервативное лечение, так и хирургические вмешательства с включением компрессионной терапии, физиотерапевтических процедур и реабилитационного лечения. В этой связи существенная роль отводится врачам общей практики-семейной медицины как в диагностике, определении тактики лечения, так и в последующем ведении больных с ХВН.

• Этиология

Ведущую роль при развитии этого патологического синдрома играют вены, площадь поверхности

которых, контактирующая с кровью, больше, чем во всех остальных венозных сосудах вместе взятых. Эндотелиальные клетки благодаря их расположению на границе между кровью и другими тканями ответственны за поддержание сосудистого гомеостаза. Они регулируют прохождение содержимого плазмы и лейкоцитов из кровяного русла в интерстиций. Эти свойства эндотелия связывают с наличием специфических молекул — мембранных рецепторов, молекул адгезии, внутриклеточных ферментов и особой конфигурацией цитоскелета. Воспалительные или другие патологические процессы во внутренней стенке венул активируют эндотелиальные клетки.

Активированный эндотелий выделяет медиаторы воспаления, что ведет к адгезии и активации полиморфно-ядерных нейтрофилов и тромбоцитов. Если этот процесс становится хроническим, к поверхности эндотелия прикрепляются Т-лимфоциты и моноциты, которые высвобождают высокорекреогенные радикалы, приводя в итоге к разрушению эндотелиального барьера венул. Контакт, возникающий между факторами свертывания плазмы и тканевым фактором, находящимся во внесосудистом пространстве может запускать внутрисосудистую коагуляцию [3, 4].

Состоятельность венозных клапанов, стабильный тонус стенок поверхностных, глубоких и перфорантных вен, а также физиологическое изменение просвета вен при сокращении мышц и изменении положения тела обеспечивают движение крови против силы гравитации. Нарушение одного или нескольких механизмов приводит к развитию ХВН. Поэтому чаще всего причиной ХВН оказывается варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей и посттромбофлебитический синдром. Реже причиной хронической венозной недостаточности являются врожденные атриовенозные гипоплазии,

синдром Клиппеля-Трепоне (отсутствие глубоких вен), множественные артерио-венозные фистулы (болезнь Паркса-Вебера), а также посттравматическая хроническая венозная недостаточность.

● Патогенез

Основное место в патогенезе ХВН занимает «клапанная» теория. Недостаточность клапанов различных отделов венозного русла нижних конечностей приводит к появлению патологического, ретроградного потока крови, который и является основным фактором повреждения микроциркуляторного русла. Однако было обнаружено большое число пациентов с характерными для ХВН жалобами при отсутствии патологии клапанов. При этом использование различных вариантов плетизмографии фиксировало различной степени выраженности нарушение тонуса венозной стенки. Благодаря этому была выдвинута гипотеза о том, что ХВН является не болезнью клапанов, а патологией стенки вены.

Кстати, хотя термин «хроническая венозная недостаточность» давно используется в медицинской практике, ХВН (особенно хроническую венозную недостаточность нижних конечностей) было бы более верно называть венолимфатической недостаточностью, поскольку увеличение давления в венах неизбежно приводит к увеличению нагрузки и на лимфатические сосуды. Так, например, те же характерные для хронической венозной недостаточности отеки вызваны вторичной недостаточностью лимфатической системы, так как лимфатические сосуды быстро становятся неспособными компенсировать повышенную фильтрацию плазмы крови, вызванную венозным застоем [3-5].

В настоящее время доказано, что при наличии различных факторов риска и под действием гравитации в венозном колене капилляра увеличивается давление, снижающее артериоловеноулярный градиент, необходимый для нормальной перфузии микроциркуляторного русла. Следствием становится сначала периодическая, а затем и постоянная гипоксия тканей.

К важнейшим факторам риска развития ХВН относятся:

- 1) Беременность и роды.
- 2) Наследственность.
- 3) Избыточная масса тела.
- 4) Хронические запоры.
- 5) Гормональная контрацепция.
- 6) Систематические занятия спортом.

Кроме того, постоянное изменение положения тела и неравномерная нагрузка на различные отделы венозного русла нижних конечностей запускает еще один малоизученный механизм, получивший название механотрансдукции, или силы сдвига. Это означает, что под воздействием постоянно меняющегося по силе и направлению давления происходит постепенное расшатывание соединительно-тканного каркаса стенки венул. Нарушение нормальных межклеточных взаимоотношений эндотелия венозных капилляров приводит к активизации генов, кодирующих синтез различных молекул адгезии [2, 3].

● Клинические симптомы

Основными симптомами, возникающими при ХВН, являются: тяжесть в ногах, боли в икроножных мышцах вследствие снижения венозного тонуса и гипоксемии; судороги, отечность нижних конечностей к вечеру, вызванных перегрузкой лимфатической системы, повышенной проницаемостью капилляров и воспалительными реакциями; постоянный кожный зуд [1, 3].

Для ХВН характерно снижение устойчивости организма к статическим нагрузкам, проявляющееся нарастающим чувством усталости в икроножных мышцах, тяжестью и чувством распирания в икрах, различными парестезиями, такими как беганье «мурашек», ощущение жара. При наличии варикозных вен отмечаются тупые боли и жжение по ходу измененных вен. При перенесенных тромбозах глубоких вен иногда возникает венозная хромота — распирающие боли в икроножных мышцах, усиливающиеся при ходьбе и требующие отдыха с приподнятой ногой.

На протяжении многих десятилетий клинические проявления заболеваний вен связывались в первую очередь с патологическими расширениями поверхностных вен. В частности, при отсутствии этого признака диагноз «варикозная болезнь» считался неправомерным. Отсюда ошибочное представление, что варикозное расширение поверхностных вен является ведущим признаком заболевания. В настоящее время общепризнано, что в начале заболевания нарушения венозного кровотока нередко проявляются повышенной утомляемостью нижних конечностей, их пастозностью, застойными дерматитами, явлениями гиперпигментации кожи, ощущениями тяжести в конечностях, что обусловлено венозной гипертензией и при отсутствии расширений поверхностных вен. На ранних этапах развития патологического процесса в венах нижних конечностей клинические проявления, как правило, скудны и мало выявляемы даже с помощью специальных функциональных проб. Все более настоятельной становится необходимость использования неинвазивных аппаратных методов оценки венозного кровотока — дуплексного сканирования вен.

● Классификация

По течению различают три стадии ХВН: компенсации, субкомпенсации и декомпенсации.

Первая стадия ХВН — стадия компенсации — характеризуется преимущественно только венозным косметическим дефектом (телеангиэктазиями и/или варикозно расширенными венами). На этой стадии ХВН может быть выявлена только с помощью специальных проб и инструментальных методов обследования. Состоятельность клапанов большой подкожной вены определяется с помощью функциональной пробы Броди-Троянова-Тренделенбурга. Прходимость и функциональное состояние глубоких вен — с помощью маршевой пробы Дельбе-Пертеса и двухбинтовой пробы Претта-1. Эти пробы необходимо дополнять другими методами диагностики — флебоманометрией, кожной термометрией, флебографией,

доплеровским ультразвуковым исследованием, дуплексным ультразвуковым сканированием. Последний является одним из самых чувствительных (80%) и специфичных (до 100%) неинвазивных методов диагностики ХВН, позволяющий оценить состояние венозной стенки и клапанов, наличие рефлюкса и тромбов. Кроме того, для диагностики хронической венозной недостаточности применяется и рентгенконтрастное исследование — флебография.

Вторая стадия ХВН — стадия субкомпенсации — характеризуется наличием трофических расстройств обратимого характера. У больных выявляются отеки и четкие жалобы на боль, утомляемость и судороги ног, кожный зуд, а при осмотре можно обнаружить начальную пигментацию кожи, возможна экзема. При этом около 30% обращений к специалисту по поводу ХВН во второй стадии связаны с жалобами косметического характера: внимание больных обращают на себя видимые изменения сосудов.

Стадия декомпенсации — третья стадия ХВН — характеризуется необратимыми трофическими нарушениями (слоновость, трофические язвы и пр.). В анамнезе возможны кровотечения из варикозно расширенных вен, тромбофлебит глубоких вен и даже тромбоэмболия лёгочной артерии.

Кроме того, существует синдромологическая классификация ХВН, в соответствии с которой выделяют 4 формы: варикозную, отечно-болевою, язвенную и смешанную.

● Диагностика

Диагноз «хроническая венозная недостаточность» должен или следовать за указанием основного заболевания, его вызвавшего, или содержать уточнение, раскрывающее анатомо-патогенетическую причину ХВН. При этом диагноз можно считать полным, если указана стадия венозной недостаточности. Форма ХВН тоже должна быть указана в диагнозе.

Наиболее сложна для первичной диагностики «0» («нулевая»), или субклиническая, стадия развития варикозной болезни. На этой стадии развития болезни у большинства пациентов удается выявить генетически детерминированную предрасположенность к варикозной болезни, прослеживаемую в нескольких поколениях. При осмотре больного расширение поверхностных вен отсутствует. В таких ситуациях зачастую ошибочно отвергается возможность данного заболевания, несмотря на то что имеются многие другие симптомы ХВН нижних конечностей. Среди них в этой стадии болезни нередко отмечается повышенная утомляемость к концу трудового дня, пастозность или небольшая отечность в области голеностопного сустава или нижней трети голени только на одной ноге, ночные судороги, иногда элементы гиперпигментации.

Нераспознанная в доклинической стадии своего развития ХВН нижних конечностей, как правило, служит причиной диагностических ошибок. Пациента одновременно или последовательно направляют к невропатологу, ортопеду, ревматологу. Несмотря на заключения специалистов, нередко ограничиваются диагнозом плоскостопия или артропатии, так и не

распознав заболевание. Спустя несколько месяцев или лет, появляются эктазии поверхностных вен, и диагноз ХВН нижних конечностей становится очевидным.

Хотя вторая и третья стадии ХВН зачастую требуют помощи хирурга, чаще всего больные с ХВН все-таки обращаются к терапевту или семейному врачу. Поэтому именно на врачей общей практики возлагается основная ответственность за своевременную диагностику этой патологии и назначение адекватного консервативного лечения.

● Профилактика

Всем больным необходимо давать четкие инструкции по профилактике прогрессирования ХВН (зарядка, прогулки, возвышенное положение конечностей, необходимость избегать длительного сидения и стояния), рекомендоваться компрессионная терапия (эластическое бинтование, ношение компрессионных чулок). Кроме того, целесообразно назначение курсового приема флеботропных препаратов, повышающих качество жизни больных в отношении физических ограничений, болевого синдрома, психологического состояния.

Пациенты с ХВН не должны выполнять тяжелую статическую физическую работу, работать на вредных производствах (горячие цеха), длительно пребывать в неподвижном состоянии (как стоя, так и сидя). Во время отдыха оптимальным является элевация нижних конечностей выше уровня сердца, ежедневное выполнение в горизонтальном положении упражнений, направленных на стимуляцию работы мышечно-венозной помпы голени. Из занятий спортом лучшими являются плавание, лыжные и велосипедные прогулки.

Рациональная организация питания необходима для контроля массы тела, исключения приема острой и соленой пищи (во избежание чрезмерной водной нагрузки, провоцирующей отечный синдром). При лечении венозных трофических язв необходимо восполнение уровня альбумина, протеина, цистеина, метионина, аргинина, углеводов, трансферрина, дефицита витаминов (аскорбиновая кислота, ретинол, токоферол), а также микроэлементов. Все это необходимо для обеспечения энергоемких регенеративных процессов. Из питания необходимо исключить острую, соленую и жирную пищу, а также алкоголь.

● Лечение

Основной целью лечения ХВН является восстановление нормального венозного кровотока, вследствие чего восстановится лимфоток и, соответственно, исчезнут обратимые трофические изменения.

Общепринятыми методами лечения ХВН являются фармакотерапия, компрессионная терапия и хирургические методы лечения. Механический способ терапии, который эффективен только во время его применения, не влияет на значительно повышенную проницаемость эндотелия венул. Компрессионная терапия позволяет улучшить деятельность мышечно-венозной помпы голени, уменьшить отеки и купировать тяжесть и распирающие боли в ногах.

Наибольшее удобство для пациента и оптимальное физиологическое распределение давления достигается с помощью специального лечебного трикотажа [6].

Хирургическое лечение: начальная форма варикозной болезни (телеангиэктазии и ретикулярный варикоз) является только косметической проблемой, и все ее внешние проявления вполне можно устранить с помощью современных методик, таких как склеротерапия. Основной целью хирургического лечения является устранение механизма болезни, а именно — патологических вено-венозных сбросов. Это достигается путем пересечения и перевязки недостаточных перфорантных вен, сафено—фemorального и сафено—поплитеального соустьев. С развитием современных малоинвазивных технологий старые представления о венэктомии как об объемной и травматичной операции ушли в прошлое.

Несмотря на широкую распространенность ХВН, оперативное лечение этого заболевания проводится не более чем 10% больных. Это связано с тем, что комплексных консервативных мер, как правило, оказывается достаточно для того, чтобы качество жизни больных ХВН было удовлетворительным. Тем более что определить вероятность возникновения трофических язв при ХВН не представляется возможным, а однозначного мнения по поводу связи тромбоза глубоких вен с варикозным расширением вен нет, как и нет четких подтверждений этого.

Интересным фактом является и то, что показания к оперативному лечению ХВН, во многих случаях продиктованы желанием больных избавиться от косметической проблемы — варикозно расширенной вены.

Применение современных лекарственных средств направлено на повышение тонуса венозной стенки, улучшение лимфооттока, воздействие на микроциркуляторные изменения, коррекцию гемореологических нарушений, купирование воспалительных проявлений. Большинство пациентов с симптомами заболеваний вен нижних конечностей обращаются к врачам общей практики-семейной медицины и во многом от их правильного тактического решения зависит результат лечения [7].

Основной медикаментозного лечения больных ХВН нижних конечностей являются флеботропные препараты. Это большая группа фармакологических средств, обладающих способностью увеличивать венозный отток из нижних конечностей. Этот эффект флеботропных препаратов достигается путем суммирования воздействий на различные звенья микроциркуляторного русла, а у многих из них прямым действием на сократимость венозной стенки. Безусловно, флеботоническое воздействие является

основным эффектом флебопротективных препаратов. При этом все они обладают комплексным механизмом действия: стимулируют лимфоотток, обладают противовоспалительной активностью, улучшают гемореологию. Именно эта особенность, позволяющая воздействовать на основные звенья патогенеза ХВН нижних конечностей, объединила многие препараты в группу флебопротекторов и сделала их базовыми в консервативном лечении пациентов с этим заболеванием [8].

У пациентов с ранними стадиями ХВН нижних конечностей, при отсутствии симптомов декомпенсации оттока крови нет и преобладании жалоб эстетического характера, основной целью применения флебопротекторов является в основном купирование субъективных и внешних проявлений заболевания. Флеботоники таким пациентам целесообразно назначать короткими (1—1,5 мес) курсами. Интервал между курсами фармакотерапии должен составлять 3—4 нед. Появление отеков нижних конечностей — достоверный признак декомпенсации оттока крови. У больных с отечным синдромом флеботоники назначают более длительными курсами (4—6 мес). Временной интервал между курсами не должен превышать 1 мес.

Сегодня в арсенале врача семейной медицины имеются высокоэффективные и безопасные флеботропные препараты, воздействующие на разные звенья патогенеза ХВН. Одним из самых исследованных и широко применяемых компонентов флеботропных препаратов является диосмин.

Таким образом, современные системные флеботропные препараты благодаря поливалентному механизму действия, высокой клинической эффективности, минимальным побочным эффектам являются достаточно эффективными средствами фармакологической коррекции ХВН нижних конечностей. Их использование в комплексном лечении позволяет достичь хороших результатов лечения пациентов с хроническими нарушениями оттока крови из нижних конечностей [11, 12].

Следует отметить, что большую часть больных ХВН с начальными формами можно выявить не только на хирургических, но и на терапевтических осмотрах. В настоящее время врачам общей практики-семейной медицины отводится едва ли не основное место в оказании амбулаторной флебологической помощи. Правильная и своевременная диагностика, адекватное лечение, квалифицированное послеоперационное ведение позволит существенно улучшить качество жизни пациента с любыми формами проявления патологии вен нижних конечностей.

Список использованной литературы

1. Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. Флебология: Руководство для врачей / Под ред. В.С. Савельева. — М.: Медицина, 2001. — 641 с.
2. Основы клинической флебологии. Под ред. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Лыткина М.И. — М.: Медицина, 2005. — С. 197—213.
3. Клиническая ангиология. Руководство для врачей под ред. А. В. Покровского. М.: Медицина, 2004. — Т. 2. — С. 788 — 809.
4. Anderson F.A.Jr., Spencer F.A. Risk Factors for Venous Thromboembolism // *Circulation*. — 2003. — Vol. 107. — P. 1—9.
5. Jawien A. The influence of environmental factors in chronic venous insufficiency // *Angiology*. — 2003. — Jul.—Aug. — Vol. 54. Suppl. 1. — P. 19—31.
6. Кишко В.А. Консервативное лечение хронической венозной недостаточности // *Русский медицинский журнал*. — 2002. — Т.11. — № 26. — С.1214—1219.
7. Богачев В.Ю. Системная фармакотерапия хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Современное состояние вопроса. // *Русский медицинский журнал*. — 2004. — Т.12. — № 17. — С. 3—6.
8. Manthey J.A. Biological properties of flavonoids pertaining to inflammation // *Microcirculation*. — 2000. — Vol.7. — P. S29—S34.
9. Maksimovic Z.V., Maksimovic M., Jadranin D. et al. Medicamentous treatment of chronic venous insufficiency using semisynthetic diosmin--a prospective study // *Acta Chir Jugosl*. — 2008. — Vol.55. — P. 53—59.
10. Jantet G. Chronic venous insufficiency: worldwide results of the RELIEF study. Reflux assessment and quality of life improvement with micronized flavonoids // *Angiology*. — 2002. — Vol.53. — P. 245—256.
11. Perrin M., Ramelet A.A. Pharmacological treatment of primary chronic venous disease: rationale, results and unanswered questions // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* — 2011.—Vol. 41. — P. 117—125.
12. Allaert F.A. Meta-analysis of the impact of the principal venoactive drugs agents on malleolar venous edema // *Int. Angiol.* — 2012. — Vol.31. — P. 310—315.

Роль сімейного лікаря в діагностиці, профілактиці та лікуванні хронічної венозної недостатності

Проф. О.М. Корж

Харківська медична академія післядипломної освіти

Хронічна венозна недостатність (ХВН) є найпоширенішим з захворювань периферичних судин, і в той же час належить до тих проблем, які в лікарській середовищі піднімають рідко. Істотна роль як в діагностиці, визначенні тактики лікування, так і в подальшому веденні хворих з ХВН відводиться лікарям загальної практики — сімейної медицини. Рішення проблеми ХВН в даний час вимагає комплексного застосування лікувальної тактики, що включає як консервативне лікування, так і хірургічні втручання з включенням компресійної терапії, фізіотерапевтичних процедур та реабілітаційного лікування. Основою медикаментозного лікування хворих ХВН нижніх кінцівок є флеботропні препарати.

Ключові слова: хронічна венозна недостатність, діагностика, профілактика, лікування.

The role of family physicians in the diagnosis, prevention and treatment of chronic venous insufficiency

Prof. O.M. Korzh

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Chronic venous insufficiency (CVI) is the most common of peripheral vascular disease, and, at the same time refers to the problems in the medical environment which seldom raised. Significant role in the diagnosis, treatment strategy, and the subsequent management of patients with CVI is given to general practitioners, family doctors. Addressing CVI currently requires integrated application of medical tactics, including both conservative treatment and surgical procedures to include compression therapy, physiotherapy and rehabilitation treatment. Basis of medical treatment CVI is phlebotropic drugs.

Key Words: chronic venous insufficiency, diagnosis, prevention, treatment.

Контактна інформація: Корж Олексій Миколайович — зав. кафедрою загальної практики — сімейної медицини ХМАПО, доктор медичних наук, професор. м. Харків, пр. Московський, 195, р. т. (057) 738-70-18.

Стаття надійшла до редакції 02.03.2016р.