



# Консервативное лечение хронической венозной недостаточности | Кияшко В.А. | «РМЖ» №26 от 19.12.2002

О статье

Регулярные выпуски «РМЖ» №26 от 19.12.2002 стр. 1214

2576

Рубрика: Хирургия

0

Автор: Кияшко В.А.

## РМАПО

Лечение больных с хронической венозной недостаточностью (ХВН) нижних конечностей является весьма актуальной проблемой как в медицинском, так и социально-экономическом плане. К сожалению, количество больных с данной патологией увеличивается, несмотря на появление новых лекарственных препаратов, совершенствование и разнообразие методов лечения.

По данным, представленным на XIV Всемирном конгрессе флебологов, в странах Европы и Северной Америке **25% трудоспособного населения страдают ХВН**. В третьем Базельском исследовании Widner показал, что возраст является наиболее важным фактором риска, т.к. заболевание встречается в 6–10 раз чаще среди лиц старше 70 лет в сравнении с людьми моложе 30 лет.

Финансовые затраты на лечение данного контингента огромны и особенно велики при лечении больных с венозными трофическими язвами. В Великобритании стоимость лечения одного такого пациента составляет 2000–4000 фунтов стерлингов в год, что обходится в 600 млн. фунтов в год в расчете на 150–200 тыс. таких больных (это 2% национального бюджета здравоохранения). В России лечение больного с венозной язвой, по самым скромным подсчетам, обходится в 113 тыс. рублей (А.В. Романовский, 1999 г.).

Консервативное лечение было, есть и еще долгие годы будет, очевидно, основным методом оказания помощи больным с ХВН. Оно может являться самостоятельным видом лечения или дополнять хирургические вмешательства при подготовке больного к операции, а также служить методом профилактики рецидива заболевания в послеоперационном периоде.

На XIV Всемирном конгрессе флебологов (2001 г.) были доложены результаты международного **исследования Relief** (Reflux assessment and quality of life improvement with micronized Flavonoids – Исследование рефлюкса и качества жизни у больных ХВН под влиянием микронизированной фракции флавоноидов) – самого масштабного за всю историю флебологии. В нем приняли участие 5052 пациента из 23 стран, включая Россию. Принципиальным открытием данного исследования явился тот факт, что **у 57% больных с клиническим стадиями ХВН (0–4)** (по Международной классификации – система CEAP) **отсутствует рефлюкс по магистральным венам**. Тем самым, подтверждается возможность, а в определенных случаях и целесообразность (особенно в группе соматически тяжелых больных) проведения консервативного лечения,

которое является методом выбора как для врача, так и для пациента. Особенно следует подчеркнуть широкие границы этой группы – от полного отсутствия симптомов до наличия варикозных вен, отека и кожных изменений (кроме язв). Но все вышеизложенное ни в коем случае не следует понимать, как призыв к отказу от оперативных методов лечения. Напротив, совершенствование методов исследования венозной гемодинамики дает клиницисту объективную информацию к размышлению, возможности индивидуального подхода к решению вопроса о характере лечения в каждом конкретном случае.

Особенно это касается лиц пожилого и старческого возраста, когда изолированная патология венозной системы встречается достаточно редко, и, как правило, у пациента имеется множество сопутствующих заболеваний: опорно-двигательного аппарата (артрозы, артриты, остеохондроз позвоночника); сердечно-сосудистая патология (ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, инсульт, окклюзионные поражения магистральных артерий нижних конечностей), онкологические заболевания, сахарный диабет и т.д.

## Этиопатогенез

**Развитие ХВН обусловлено в основном следующими факторами: 1) наличие у больного первичного варикозного расширения вен; 2) перенесенный острый тромбоз глубоких вен конечностей и его рецидивы; 3) редкие формы врожденной патологии поверхностной и глубокой венозной системы; 4) мигрирующие тромбофлебиты поверхностных вен.**

Развитие ХВН обусловлено в основном следующими факторами:

**Клинические симптомы ХВН** достаточно типичны и проявляются у части больных только чисто косметическими дефектами в виде телеангиоэктазий, расширением подкожных вен, периодически возникающей пастозности в области лодыжки. У некоторых больных на первый план выходят жалобы на чувство дискомфорта, усталости, болей распирающего характера в области голени, особенно во второй половине дня. Чаще подобный набор жалоб наблюдается у пациентов, чья повседневная деятельность требует длительного пребывания в вертикальном положении. При минимально выраженном косметическом дефекте эти жалобы обусловлены снижением тонуса венозной стенки с признаками недостаточности клапанного аппарата.

По мере увеличения продолжительности заболевания (особенно у пациентов, уже перенесших острый тромбоз глубоких вен) наблюдается не только компенсаторное расширение системы подножных вен, но и постепенно развивается патологический процесс в подкожной клетчатке и коже в виде индуративного целлюлита, гиперпигментации и изъязвления. Достаточно частой жалобой при ХВН являются ночные судороги икроножных мышц.

При патологии вен в той или иной степени всегда нарушается функция лимфатической системы, но наиболее выражены ее нарушения у больных, перенесших рожистое воспаление.

Особое место среди различных форм ХВН занимает часто встречающееся **варикозное расширение вен у женщин на фоне беременности**. Далеко не все специалисты правильно трактуют эту ситуацию, исходом которой может быть относительно благоприятное течение без осложнений на фоне беременности и родов, вплоть до полного исчезновения расширения вен в послеродовом периоде. Но неправильное ведение больной, осложненное течение самой беременности создают угрозу развития венозного тромбоза с риском осложнения в виде тромбоза легочной артерии.

Частота варикозного расширения вен у беременных колеблется от 20% до 50%, а при учете всех форм – до 70%. Согласно классификации Widner выделяют 3 формы:

1. Стволовые вены (большая и малая подкожные вены и их притоки 1–2 порядка).
2. Ретикулярные вены – расширение и удлинение мелких поверхностных вен.
3. Телеангиоэктазия.

В патогенезе развития варикозного расширения вен увеличенная матка играет роль только в последнем триместре беременности, оказывая компрессию на подвздошные и нижнюю полую вену, что вызывает снижение кровотока по бедренным венам до 50% (по данным дуплексного картирования). В настоящее время наиболее популярна гормональная теория патогенеза варикозной болезни у беременных. Согласно этой теории с нарастанием сроков беременности прогрессивно увеличивается продукция прогестерона, достигая 5 мкг/сутки (т.е. увеличивается в 250 раз). Это приводит к снижению тонуса венозной стенки и повышает ее растяжимость до 150% от нормы, возвращаясь к ней лишь через 2–3 месяца после родов. Риск развития варикозной болезни увеличивается при семейной предрасположенности, с числом беременностей и возрастом.

Все изложенное выше требует проведения эффективной профилактики на самых ранних стадиях беременности. Под этим понимается применение компрессионной терапии и современных флеботропных препаратов, которые не оказывают тератогенного действия. Более детально схемы лечения будут изложены в следующих разделах статьи.

Наиболее тяжелым для лечения является контингент больных, имеющих **трофические язвы** вследствие ХВН. Среди трудоспособного населения их частота составляет 2%. По данным Fry E.T.N., Berry H.E. (1987), язвы встречаются в 3% случаев среди больных варикозной болезнью и у 30% больных, перенесших ранее тромбоз глубоких вен.

Взгляды клиницистов на патогенез развития этих язв за последние годы претерпели определенную трансформацию. Ранее флебогипертензия считалась основной причиной их появления. Базисом современной теории является клапанная недостаточность различных отделов венозной системы, включая «горизонтальный» рефлюкс крови, особенно на уровне голени. Но эта клапанная недостаточность обусловлена гипотонусом венозной стенки, которая может быть скорректирована медикаментозным лечением и методами наружной компрессии.

Что касается флебогипертензии, то в современной литературе с разных позиций оценивается правомочность этого термина, т.к. при исследовании гемодинамики нижних конечностей существенных различий в показателях венозного давления у здоровых лиц и у больных ХВН не было выявлено.

В последние годы получила признание **теория лейкоцитарной инфильтрации** нижних конечностей при ХВН. В 1987 г. Moyses с соавт. показали, что при повышении венозного давления до 80–100 мм рт.ст. в нижних конечностях у здорового человека наблюдается задержка лейкоцитов. Через год Thomas с соавт. подтвердили это положение как у здоровых лиц, так и больных с ХВН, наблюдая этот эффект у больных в положении сидя, который возвращался к норме в горизонтальном положении. Одной из первых работ, опубликованных в отечественной литературе по этой тематике, была статья доктора Дж.Дж. Бергана («Ангиология и сосудистая хирургия» №3, 1995 г.).

Основной причиной трофических расстройств при ХВН является депонирование лейкоцитов в микроциркуляторном русле и тканях нижних конечностей, что приводит к окклюзии микроциркуляторного русла, образованию фибриновых манжет вокруг артериального и венозного колена капилляров, нарастанию отека и ухудшению метаболизма тканей.

Исследования биоптатов кожи у больных с различной тяжестью хронической венозной недостаточности (варикоз, липодермосклероз, язва в анамнезе) подтвердили эти положения: количество лейкоцитов на 1 мм<sup>2</sup> поверхности возрастало в этих группах соответственно с 6 до 45 и 217 единиц.

Но самый главный вопрос – существуют ли эффективные методы предотвращения этой лейкоцитарной инфильтрации, остается пока не выясненным. Среди предложенных многочисленных методов ни один не является доказанным, о чем пишет спустя пять лет Дж.Дж. Берган с соавторами в 2000 г. Пока доказано только влияние микронизированных флавоноидов на уменьшение инфильтрации венозной стенки лейкоцитами. Только дальнейшие исследования позволят разрешить эту важную научно–практическую задачу.

Между тем представляет несомненный интерес тот факт, что вопреки ранее высказанному мнению, при наличии даже трофической язвы, транскутанное напряжение кислорода оказывалось нормальным, а в более чем 50% случаев отмечалось его повышение (Michel C.C., 1990; Stacey M.C., 1987).

Однако это положение не должно являться основанием для отказа от применения гипербарической оксигенации (ГБО) в комплексном лечении больных с ХВН, особенно осложненной развитием трофических язв. Хорошо известно бактериостатическое (реже бактерицидное) действие ГБО на микрофлору в ране. Кроме того, ГБО нарушает

процессы жизнедеятельности микробов и снижает их резистентность к антибактериальной терапии. Это особенно относится к анаэробной флоре. Также отмечено положительное влияние ГБО на состояние свертывающей системы крови в плане снижения концентрации фибриногена и повышения фибринолитической активности (С.Н. Ефунин, 1986). В то же время существует и другая точка зрения на проявление гипоксии тканей у этих больных со снижением транскутанного напряжения кислорода, а повышение этого показателя у пациентов с трофическими язвами объясняют факторами локального воспаления в зоне язвы.

## Принципы лечения

**После рассмотрения основных вопросов этиопатогенеза ХВН, многие из которых и по сегодняшний день остаются дискуссионными, необходимо коснуться принципов лечения этого многочисленного контингента больных.**

Для получения эффекта от лечения врач обязан объяснить пациенту суть его заболевания и подчеркнуть главное положение, что улучшение состояния конечности и качества жизни во многом определяется самодисциплиной больного и строгим выполнением всех лечебных рекомендаций, получаемых им от специалиста флеболога.

Даже самый современный препарат не даст должного эффекта, если пациент не корректирует свой повседневный образ жизни – режим труда, отдыха, питания и т.д. На самых начальных этапах развития заболевания этого может быть достаточно, но больному надо объяснить значение факторов риска для профилактики дальнейшего прогрессирования патологии венозной системы.

На сегодняшний день наилучшим методом профилактики является **применение компрессионного трикотажа** первого класса для создания давления 12–17 мм рт.ст. По мнению Н. Partsch, применение компрессионной терапии приводит к следующим 10 эффектам:

- уменьшение отека
- редукция липодермосклероза
- сокращение диаметра вен
- увеличение скорости венозного кровотока
- улучшение центральной гемодинамики
- уменьшение венозного рефлюкса
- улучшение функции венозной помпы
- влияние на артериальный кровоток
- улучшение микроциркуляции
- увеличение дренажной функции лимфатической системы.

Компрессия не только увеличивает пропульсивную способность мышечно–венозной помпы голени, но и способствует усиленной выработке тканевого активатора плазминогена, что обуславливает увеличение фибринолитической активности крови. Кроме медицинского трикотажа, хорошо зарекомендовал себя **метод переменной компрессионной терапии** (пневмомассажеры) с давлением 40–70 мм рт.ст. Длительность процедур 25–60 мин ежедневно, курс 10–30 дней.

*Лечение проводится дифференцированно в зависимости от стадии ХВН (по Савельеву В.С.):*

**1 стадия ХВН – синдром «тяжелых» ног, преходящий отек. Степень компрессии должна быть повышена до 17–22 мм рт.ст., требуется лечение в виде повторных курсов приема флеботропных препаратов.**

**2 стадия ХВН – стойкий отек, пигментация, липодермосклероз, экзема. Степень компрессии повышается до 22–25 мм рт.ст. Терапия становится многокомпонентной для воздействия на разные патогенетические звенья процесса. Требуется местная терапия, физио- и санаторно–курортное лечение.**

**3 стадия ХВН** – наличие трофической язвы в анамнезе или в настоящее время. Желателен постельный режим с возвышенным положением конечности (15–20 градусов). Компрессионный бандаж. Местное лечение язвы. Нужна постоянная многокомпонентная терапия.

Учитывая ограниченные возможности статьи, можно адресовать читателя к руководству профессора В.С. Савельева – «Флебология» (2001 г.), где подробно описаны различные варианты применения компрессионной терапии в клинике. Следует учесть, что неправильное бинтование конечностей значительно снижает эффективность проводимого лечения.

Перед **медикаментозным лечением ХВН** стоит много задач, которые решаются в первую очередь исходя из степени выраженности клинических симптомов, но основным лекарственным средством в лечении любых форм ХВН должен быть препарат, обладающий флеботонизирующим эффектом. По мере нарастания степени ХВН требуется дополнительное воздействие на лимфатическую систему, борьба с отеком, улучшение микроциркуляции и коррекция реологии крови. Особо трудным для врача является лечение пациента с венозными трофическими язвами, когда дополнительно требуется местная терапия язвы и борьба с воспалением в зоне язвы и регионарных лимфатических коллекторах.

Для повышения венозного тонуса используется большая группа **флеботоников**: анавенол, венорутон, троксерутин, гливенол. Высокая эффективность этих препаратов проявляется в основном у пациентов с более легкими формами ХВН. К флеботоникам последнего поколения можно отнести гинкор форт, цикло-3 форт, эндотелон.

Важной установкой для практического применения любого из указанных флеботоников являются сроки его применения. Так, при «циклических» отеках нижних конечностей у женщин достаточным будет назначение препарата с 10 по 28 день менструального цикла. Но для лечения пациентов с явлениями ХВН длительность приема препарата определяется клиническими проявлениями болезни и может составлять от 1 до 2,5 месяцев,

Следующей важной задачей лечения выраженных форм ХВН (2–3 ст. по В.С. Савельеву) или 1–6 ст. (по СЕАР) являются **коррекция микроциркуляторных расстройств** и гемореологии. В настоящее время в арсенале флебологов имеется много соответствующих препаратов – от различных форм ацетилсалициловой кислоты и пентоксифиллина (200–400 мг) до самых современных тиклопидина и клопидогреля.

В России с этой же целью продолжают использоваться низкомолекулярные декстраны, хотя за рубежом их успешно заменили комбинациями аминокислот, которые оказывают более выраженное воздействие на систему микроциркуляции и реологию крови. Но в наших условиях их широкое применение ограничено высокой стоимостью.

Чрезвычайно важное значение в лечении больных с ХВН имеет борьба с отеком конечности, который обусловлен как венозным, так и лимфатическим компонентами. С этой целью в последние годы успешно применяется вобэнзим, являющийся комплексом ферментов растительного и животного происхождения, восстанавливающим проницаемость клеточных мембран, вызывая антиагрегантный и фибринолитический эффект. Относительным неудобством препарата является необходимость приема 5–10 таблеток 3 раза в день и длительность курсового лечения не менее 3–6 месяцев.

Весьма эффективным в плане уменьшения отека зарекомендовал себя гомеопатический препарат Траумель С.

Флеботоническим и капилляропротекторным действием обладают также препараты эскузана. Они оказывают также умеренное антикоагулянтное действие.

Для улучшения обменных процессов и микроциркуляции считается целесообразным назначение актовегина в виде внутривенных инфузий (10–20 вливаний на курс) или по 1–2 драже 3 раза в день.

Для стимуляции обменных процессов в тканях рекомендуется солкосерил в виде внутривенных или внутримышечных введений (курс – 4–10 дней).

Достаточно сложно может решаться вопрос о **лечении больных с трофическим венозными язвами**. В этих случаях не существует трафарета, и каждый пациент оценивается индивидуально в плане перспективы выбранного метода лечения. При этом должен учитываться возраст больного, длительность существования язвы и методы ее лечения, а также самое главное – состояние венозной гемодинамики, нарушение которой провоцирует возникновение язвы.

В определенных ситуациях наиболее быстрый эффект может быть достигнут с помощью оперативного лечения варикоза поверхностных вен, но, как указывалось ранее, данный вариант встречается всего лишь у 0,3% с данной формой патологии, а у большинства больных язва является последствием перенесенного тромбоза глубоких вен конечностей. В данном случае показания к операции строго регламентированы и большие надежды возлагаются на консервативное лечение.

Целенаправленное комплексное лечение больных даже в этой, казалось бы, «фатальной» стадии заболевания позволяет добиться положительного эффекта.

Еще в 1992 г. итоговый доклад группы международных экспертов по венозным трофическим язвам (Alexander House Group) показал, что 85% трофических язв при ХВН можно закрыть с помощью консервативной терапии.

Заслуживают внимания **рекомендации Орегонского протокола лечения трофических язв при ХВН** (1999 г.):

- постельный режим
- системная антибиотикотерапия
- ежедневный туалет язвы мыльной водой
- сухая марлево-ватная повязка
- компрессионные гольфы (30–40 мм рт.ст.)
- местное применение кортикостероидов при дерматите и экземе
- постоянное ношение эластичных гольф после заживления раны.

Роль микробного фактора в образовании язв остается дискуссионной, но при этом следует учитывать возможность обсеменения ран при плохом качестве перевязок и нарушения баланса с сапрофитами в условиях воспалительной реакции ткани.

Практически общепризнана нецелесообразность локального применения большинства антибиотиков, т.к. в условиях кислой среды они быстро инактивируются. Поэтому лучше применять системную антибактериальную терапию в комбинации с локальным применением антисептиков (мирамистин 0,01% и т.д.). Продолжительность антибактериальной терапии должна быть не менее 7–10 дней, до полного разрешения воспалительного целлюлита. Безусловно необходимо провести посев из раны на флору и ее чувствительность.

Хорошо зарекомендовал себя метод ультразвуковой кавитации раны с помощью отечественного аппарата УРСК-7Н с локальным применением антисептиков. Воздействие ультразвуковых колебаний не вызывает никаких болевых ощущений у больного, проводится ежедневно в течение 4–7 дней, что способствует быстрому очищению раны и стимуляции грануляций.

Учитывая современную «моду» на применение лазерных методик облучения раны в зоне трофической язвы следует напомнить о статистически достоверном увеличении количества атипичных клеток в зоне лазерного облучения (Rick K., 1999).

Важную роль в лечении трофической язвы отводят местному лечению. Попытки ферментативного очищения язв достаточно часто осложняются на 4–5 день аллергическими реакциями местного и общего характера, а ферменты быстро расщепляются и инактивируются. В настоящее время оптимальным вариантом, по мнению ведущих флебологов мира, является программа аутолитического очищения язв с помощью полупроницаемых коллагеновых пленок и гидрогелей с буферным свойством. Это значительно сокращает время перехода от экссудации в фазу грануляции до 5–7 дней.

Для ускорения закрытия язв рекомендуется применение специальных покрытий (альгипор, альгимаф, алевин, гишиспон). Сохранили свои позиции в лечении язв в этой фазе и препараты растительного происхождения (масла облепихи и шиповника), прополис и т.д. Хорошо зарекомендовал себя препарат куриозин, выпускаемый в виде раствора и геля для наружного применения.

В фазе эпителизации язвы очень важно исключить травматизацию тканей конечности и обязательно продолжить применение эластического бинта или компрессионных гольф и чулок.

Лечение больного с трофической язвой должно быть многокомпонентным и включать флеботоники, дезагреганты, антикоагулянты прямого и непрямого действия.

На практике наиболее удобно применение низкомолекулярных гепаринов, которые можно использовать даже в амбулаторных условиях (в течение 7–10 дней), а за 2–3 дня до отмены добавляется антикоагулянты непрямого действия. Желательно поддержание протромбинового индекса на фоне лечения в пределах 60–80%.

Клиницисту важно помнить, что среди пациентов с ХВН около 15–20% имеют сопутствующую артериальную патологию, что требует проведения дифференциальной диагностики для определения генеза трофической язвы, т.к. тактика лечения и прогноз состояния конечности в этих ситуациях значительно отличаются.

Комплекс лечебных мероприятий у больных с ХВН может быть дополнен также физиолечением (переменное магнитное поле низкой частоты – 15–20 процедур на курс 2 раза в год), бальнеолечением (сероводородные, радоновые ванны), специальной лечебной гимнастикой.

Подводя итог, следует признать, что в настоящее время давать оценку эффективности того или иного метода лечения или лекарственного препарата очень сложно, т.к. большинство статей и отчетов о проводимых исследованиях не являются рандомизированными и не содержат сведений о контрольной группе. Все это нашло отражение в материалах отчета Международной Согласительной Комиссии (1999 г.), где анализировались все материалы клинических и научных работ по ХВН за последние 30 лет. Поэтому среди приоритетных направлений подчеркивается необходимость проведения рандомизированных исследований для сравнения всех известных на сегодняшний день методов лечения ХВН, согласно алгоритмам, разработанным Согласительной Комиссией.

Вполне возможно, что на XV Всемирном конгрессе флебологов, который состоится в октябре 2005 г. в Бразилии, появятся ответы на некоторые спорные вопросы этиологии, патогенеза и лечения ХВН.

### Литература:

1. Дж.Дж. Берган. Хроническая венозная недостаточность. // Ангиология и сосудистая хирургия, 1995; 3: 59–7
2. Ефунин С.Н. «Руководство по гипербарической оксигенации. Медицина, 1986 г.
3. Савельев В.С., Кириенко А.Н., Богачев В.Ю. Венозные трофические язвы: мифы и реальность. // Флебологическая, 2000; 11: 5–10.
4. Савельев В.С. Флебология. Медицина, 2001 г.
5. Швальб П.Г. Повышенное венозное сопротивление гемодинамическая основа формирования хронической венозной недостаточности нижних конечностей. // Флебологическая, 2001; 13: 4–7.
6. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность Медицина, 1999 г.
7. Coleridge Smith. // Phlebology, 1999; 14, Suppl. 1.