

О.В. ГОЛОВАНОВА, к.м.н., **А.Н. КУЗНЕЦОВ**, к.м.н.,

отдел ангиологии и сосудистой хирургии НИИ Клинической хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Алгоритм ведения больного с начальными стадиями хронических заболеваний вен нижних конечностей: терапевт — хирург

Начало XXI века ознаменовалось не только значительным прогрессом в развитии медицины, но и увеличением распространенности различных болезней, в том числе и хронических заболеваний вен нижних конечностей (ХЗВ). ХЗВ во всем мире называют болезнью цивилизации, подчеркивая тревожную и постоянно ухудшающуюся эпидемиологическую ситуацию. Пациентов не становится меньше, и пик заболеваемости приходится на наиболее трудоспособный возраст. Для улучшения качества терапии необходимы слаженные действия врачей всех специальностей, в первую очередь поликлинического звена, так как на этом этапе возможно лечение и реабилитация большинства пациентов. Применяя на практике современные алгоритмы действия, можно обеспечить качественное адекватное лечение больных с хронической венозной патологией. Напротив, пренебрежение данными этапами может повлечь за собой ошибки и выбор порочной тактики ведения пациента. Наряду с хирургическими методами, склеротерапией, эластическая компрессия и фармакотерапия занимают достойное место и являются обязательными методами лечения этой патологии.

Ключевые слова: хронические заболевания вен нижних конечностей (ХЗВ), хроническая венозная недостаточность (ХВН), варикозная болезнь (ВБНК), веноспецифичные синдромы и симптомы, флеботропные лекарственные препараты, экстракт конского каштана

Хронические заболевания вен нижних конечностей (ХЗВ), хроническая венозная недостаточность (ХВН), варикозная болезнь (ВБНК)... Сегодня мы очень часто встречаем эти термины не только в специальной литературе, но и в популярных журналах и на телевидении. Связано это в первую очередь с тем, что начало XXI века ознаменовалось не только значительным прогрессом в развитии медицины, но и увеличением распространенности различных заболеваний, что в первую очередь относится и к хроническим заболеваниям вен нижних конечностей. ХЗВ во всем мире называют болезнью цивилизации, подчеркивая тревожную эпидемиологическую ситуацию, что подтверждено большим количеством исследований [2—4]. Поэтому неудивительно, что врачи всех специальностей постоянно сталкиваются с заболеваниями венозной

системы. Так, например, более чем у половины терапевтических больных ХВН присутствует в качестве интеркуррентного заболевания, что отражается как на общем соматическом статусе пациента, так и на его качестве жизни [3]. Результаты всех эпидемиологических исследований говорят о преобладании в структуре ХЗВ пациентов с начальными формами заболевания [2—4]. Исторически венозная патология считается хирургической нозологией, и всех пациентов с данной проблемой перенаправляют к врачам хирургам. Тем не менее начинать лечение данная категория больных может и у терапевтов или врачей общей практики, которые лишь в тяжелых случаях или при необходимости дальнейшего лечения должны направлять их на консультации к хирургам. К сожалению, на сегодняшний день ситуация такова, что большинство терапевтов и даже мно-

гие поликлинические хирурги не знают, что делать с такими пациентами. И, не разбираясь в сути проблемы и боясь ошибок в принятии тактических решений, отправляют пациентов в городские флебологические центры. А ведь зная основные алгоритмы диагностики и лечения венозной патологии, можно успешно оказывать помощь данной категории больных на уровне поликлинического звена как хирургами, так и терапевтами. В российских и международных клинических рекомендациях по диагностике и лечению ХЗВ отражены все аспекты от патогенеза до подходов и схем лечения на всех стадиях заболевания [1]. В данной статье мы в конспективной форме сформулировали основной алгоритм действия врача на амбулаторном приеме. И представили его в пошаговом варианте:
Шаг 1: сбор и оценка жалоб пациента

Шаг 2: сбор и оценка анамнеза

Шаг 3: осмотр пациента

Шаг 4: проведение дифференциальной диагностики

Шаг 5: инструментальная диагностика

Шаг 6: постановка диагноза

Шаг 7: назначение лечения и рекомендации пациенту

Рассмотрим подробно каждый наш шаг.

Шаг 1.

На этом этапе в задачу доктора входит тщательный сбор жалоб. Большинство больных предъявляют жалобы на повышенную усталость ног, боль, чувство тяжести в икрах, ощущение отека, парестезии, ночные судороги, зуд и др. Симптомы ХЗВ имеют большое разнообразие и низкую специфичность, но вместе с тем имеются характерные особенности.

Во-первых, они определяются положением тела и физической активностью, появляются при длительных статических нагрузках (в положении сидя или стоя) и исчезают или уменьшаются после физической активности (ходьбы) и утром. То есть максимальная выраженность симптомов приходится на конец рабочего дня, а после ночного отдыха они, как правило, исчезают.

Во-вторых, связаны с уровнем половых гормонов: жалобы пациенток часто возникают при гормональной терапии, колеблются в зависимости от фазы менструального цикла.

В-третьих, зависят от температуры окружающей среды: усиливаются в жаркое время года. Часто наблюдается спонтанный регресс жалоб в холодное время года. Также к провоцирующим факторам можно отнести различные виды «перегревания» организма — длительное пребывание на солнце в жаркое время года, бани, горячие ванны.

Шаг 2.

Не меньшее значение имеет и подробный сбор анамнеза. Важно знать, когда и как долго у пациента имеются жалобы, что послужило причиной их возникновения. То есть мы должны выяснить, имеются ли у пациента факторы риска развития данной патологии. Это в первую очередь образ жизни — офисная работа, гиподинамия, гормональные вмешательства в любом возрасте женщины, увеличение массы тела. Кроме того, к факторам риска развития ХЗВ можно отнести пол, наследственную предрасположенность, гиподинамию. К группе риска относят людей таких профессий, как продавец, парикмахер, врач-хирург, провизор и другие, вынужденных долгое время проводить стоя. Неоспоримым фактом является выделение женщин в зону повышенного риска. Здесь имеет большое значение, помимо других факторов, беременность, роды, прием гормональных контрацептивов в сочетании с гиподинамичным образом жизни и часто с ожирением. Таким образом, среднестатистический пациент, имеющий проблемы с венами, — это чаще всего женщина, офисный работник с избыточной массой тела, люди среднего и пожилого возраста, высокого роста.

Сбор анамнеза подразумевает не только выяснение причин и длительности ХЗВ, но и выявление всех имеющихся у пациента хронических заболеваний. Так, например, у многих терапевтических пациентов ХЗВ присутствует в качестве интеркуррентного заболевания, что отражается на их общем состоянии. В 20% случаях причиной обращения к терапевту служат именно симптомы ХВН [3]. Не всегда обращают внимание на наличие последних и акушеры-гинекологи, наблюдая беременных жен-

щин. В то время как большинство пациенток говорят о времени появления варикозно-расширенных вен и других симптомов ХЗВ именно во время беременности, своевременные профилактические мероприятия во многих случаях позволяют этого избежать.

Шаг 3.

После выявления жалоб и данных анамнеза переходим к осмотру пациента. Осмотр желательно проводить в освещенном помещении и в положении стоя. Обязательно осматривают обе конечности целиком. На что нужно обращать внимание? На цвет кожных покровов и температуру. Объективными признаками ХЗВ являются: телеангиоэктазии, ретикулярные вены, варикозно-расширенные вены, отек, трофические изменения кожи, липодерматосклероз, трофическая язва (рис. 1). Указанные симптомы могут быть обнаружены в различных сочетаниях.

На сегодняшний день для оценки степени тяжести заболевания наиболее распространенной является классификация CEAP, состоящая из 4 разделов [1]. К начальным проявлениям заболевания относят классы C0s-C2. По результатам исследований около 20% составляют пациенты с флеботопиями — классы C0s [3]. Эта группа больных, имеющая все симптомы ХВН, при отсутствии органического поражения венозного русла и видимых изменений конечности также нуждается в диагностике и лечении.

Шаг 4.

Следующим, и, на наш взгляд, самым важным шагом является проведение дифференциальной диагностики. Жалобы не веноспецифичны. Например, жалобы на боли в ногах и отек могут встречаться как при ХЗВ, так и при различной терапевтической, неврологической

РИСУНОК 1. Объективные признаки хронических заболеваний вен



1



2



3



4



5

- 1 — телеангиоэктазии
- 2 — варикозное расширение внутрикожных вен (ретикулярные вены)
- 3 — варикозное расширение притоков магистральных подкожных вен
- 4 — отек
- 5 — трофические изменения кожи

патологиях, заболеваниях опорно-двигательного аппарата, при ожирении и т. д. Поэтому основными задачами дифференциальной диагностики является установление нозологической причины жалоб и исключение сходных по клиническим проявлениям заболеваний других органов и систем.

При начальных стадиях заболевания на первый план выходят такие симптомы, как чувство тяжести и болевой синдром. Так, например, боль, связанная с ХЗВ, относится к хроническому типу болевого синдрома и развивается за счет раздражения специальных болевых рецепторов — С-ноцицепторов, локализованных в стенке вены и паравазальных тканях. Раздражителями могут выступать термические (регионарная гипертермия в результате флебостаза) и химические факторы. Последние — альгогены — синтезируются в результате лейкоцитарно-эндотелиальной реакции, которая возникает уже на самой ранней стадии поражения венозной стенки. Очень часто выявляется диссонанс между жалобами пациента и клиническими проявлениями, что может поставить в тупик даже самого опытного врача. Тем не менее правильный анализ ситуации позволяет установить точный диагноз. Для болевого синдрома при ХЗВ характерно: локали-

Эскузан®

Свобода для ног

Капли для укрепления сосудистой стенки вен нижних конечностей

При венозной недостаточности лечение отеков, судорог, болей в ногах



НАСТОЯЩЕЕ
НЕМЕЦКОЕ
КАЧЕСТВО

Регистрационный номер П N 013385/01 от 30.12.2011

Представительство Эспарма ГмбХ в России:
115114, г. Москва, ул. Летниковская, д.16, оф. 306.
Тел.: 8 (499) 579-33-70; факс: 8 (499) 579-33-71,
www.esparma.ru



РЕКЛАМА

ТАБЛИЦА 1. Российские рекомендации по использованию ФЛП

Препарат	Эффективность в отношении симптомов и синдромов	Класс по CEAP	Безопасность приема (месяцы)	Уровень рекомендаций
Микронизированная* очищенная флавоноидная фракция (МОФФ)	Венозная боль + все симптомы ХЗВ (зуд, утомляемость, судороги, чувство тяжести и др.) + отек + трофические нарушения + венозные язвы + синдром тазового венозного полнокровия	C0s-C6	6 и более	A
Гидроксиэтил-рутозид	Субъективные симптомы ХЗВ + отек	C0s-C3	1—2	
Добезилат кальция	Субъективные симптомы ХЗВ + отек	C0s-C3	1—2	
Экстракт иглицы колючей	Субъективные симптомы ХЗВ + отек	C0s-C3	1—2	B
Экстракт конского каштана	Субъективные жалобы на ранних стадиях ХЗВ	C0s-C3s	1—2	B
Экстракты Гинко двудольного; косточек и красных листьев винограда	Субъективные жалобы на ранних стадиях ХЗВ	C0s-C2s	1—2	B
Троксерутин; обычный (немикронизированный) диосмин + гесперидин; синтетический диосмин	Субъективные жалобы на ранних стадиях ХЗВ	C0s-C2s	1—2	C

** МОФФ — единственный препарат, снижающий частоту нежелательных побочных явлений при хирургическом и эндоваскулярном лечении варикозной болезни.*

зация в дистальных отделах конечности, она носит тупой, распирающий характер, сочетается с другими симптомами ХЗВ, появляется в конце дня, после длительных статических нагрузок, купируется после отдыха, активных физических упражнений (например, движения в голеностопном суставе), поднятия конечности выше горизонтального уровня. Провоцирующими факторами являются характерные для ХЗВ факторы риска: гиподинамия, перегревание и т. п.

Шаг 5.

На сегодняшний день основной диагностический метод при обследовании пациента с ХЗВ — это

ультразвуковое исследование, а именно дуплексное сканирование. При несомненно ясном диагнозе ХЗВ и отсутствии необходимости инвазивного лечения можно ограничиться только клиническим обследованием (1—4 шага). В такой ситуации отказ от дальнейшего лечения не будет являться ошибкой. Для уточнения диагноза и решения вопроса о дальнейшей тактике лечения, в том числе хирургического вмешательства, показано обязательное проведение ультразвукового исследования.

Шаг 6.

Заключительным этапом всех ваших диагностических шагов явля-

ется постановка диагноза. В нозологической структуре ХЗВ выделяют: ВБНК — первичная варикозная трансформация поверхностных вен, посттромботическая болезнь (ПТБ), обусловленная органическим поражением глубоких вен вследствие перенесенного тромбоза, ангиодисплазии — врожденные аномалии развития сосудистой системы.

Шаг 7.

Следующий шаг, а именно назначение лечения, вызывает, как правило, наибольшие затруднения. Следует помнить, что, во-первых, лечение необходимо пациенту с любой формой и стадией заболе-

вания, во-вторых, необходим комплексный индивидуальный подход. Все методы лечения можно разделить на 2 большие группы: хирургическое и консервативное. Основными целями лечения являются устранение симптомов заболевания, профилактика осложнений и повышение качества жизни пациентов.

В последнее время основное внимание уделяется методам, реализация которых возможна в амбулаторно-поликлиническом звене. Поэтому в первую очередь речь пойдет о возможностях консервативного лечения. Не смотря на то что исторически ХЗВ считаются хирургической патологией, на сегодняшний день на первый план выходит именно консервативная терапия, назначение которой показано на всех стадиях заболевания. Многие пациенты не осознают необходимость изменения своего образа жизни и соблюдение рекомендаций по его коррекции, таких как снижение массы тела, повышение физической активности (плавание, ходьба, бег, лечебная физкультура), исключение тепловых процедур и т. п. Именно с этих рекомендаций и следует начинать лечение больных для возможного устранения факторов риска развития заболевания.

Первым назначением является компрессионная терапия. Традиционная лечебная программа ставит своей основной задачей снижение венозной гипертензии путем уменьшения или прекращения патологического рефлюкса крови. Для этого широко используются средства компрессионной терапии — это компрессионный бандаж или компрессионный трикотаж. Сегодня большинство как пациентов, так и врачей предпочитают использование медицинских компрессионных изделий. В этом случае нет необходимости во врачебном участии, так как физиологическое распределение давления

уже запрограммировано в изделии и не зависит от навыков пациента и врача. Кроме того, возможен индивидуальный подбор размеров и выбор оптимального давления для конкретного пациента.

Необходимо помнить об основных принципах назначения компресии:

- компрессия необходима на всех стадиях заболевания,
- лучше назначить пациенту трикотаж более низкого компрессионного класса и уровня (например, гольфы вместо чулок), чем оставить его без лечения.

Современное лечение ХВН возможно без фармакотерапии. Совсем недавно лекарственная терапия ХВН вызывала у врачей и пациентов чувство неудовлетворенности и скепсиса, главным образом из-за отсутствия эффективных и доступных фармацевтических средств. В последние годы ситуация в корне изменилась. На российском рынке появился целый ряд препаратов нового поколения, обладающих поливалентным механизмом действия. Их эффективность доказана многочисленными клиническими исследованиями, проведенными по строгим правилам GCP.

Лекарственную терапию назначают для купирования симптомов заболевания, предотвращения осложнений, улучшения качества жизни пациентов. А также для предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации, профилактики в группах риска. Важно также учитывать, что многие пациенты обращаются к врачу с целью ликвидации симптомов болезни (например, болей, отеков, чувства тяжести в ногах и др.), а косметические проблемы (варикозно расширенные вены на ногах или телеангиоэктазии) их беспокоят мало. Эта задача успешно решается путем фармакотерапии. Кроме того, в жаркое время года, когда наиболее вероятно

обострение заболевания и нарушение режима компрессионной терапии в силу погодных условий, назначение лекарственных средств становится единственным методом лечения.

Наибольший интерес для лечения ХВН заслуживают флебопротекторы или венотоники. Исходя из патогенеза заболевания современные венотоники должны повышать тонус венозной стенки, обладать способностью стимулировать лимфатический дренаж и улучшать микроциркуляцию, купировать воспаление.

Основной задачей врача на данном этапе становится правильный выбор флеботропного препарата и режима его приема (кратность и длительность). Это достаточно сложная задача. Следует признать, что объективных критериев, позволяющих выработать оптимальную тактику фармакотерапии, пока нет. Поскольку все венотонические средства, независимо от их химического строения, обладают сходным терапевтическим действием, то основными показателями выбора должны стать безопасность и эффективность последнего для той или иной стадии болезни. Следует придерживаться следующих принципов: во-первых, лечение обязательно должно быть курсовым (это могут быть короткие курсы или регулярное длительное лечение, но в общей сложности варьируются от 1,5 до 3 мес.), во-вторых, современная медикаментозная терапия базируется на принципе монотерапии.

Данные о терапевтическом действии того или иного флебопротектора, основанные на критериях доказательной медицины, представлены в *таблице 1* [1, 4]. Следует отметить, что на ранних стадиях ХЗВ хороший терапевтический эффект демонстрируют все известные венотоники, некоторые из которых могут конкурировать с компрессионной терапией [1].

Один из таких ФЛП, имеющих доказанную эффективность в отношении веноспецифических симптомов начальных форм ХЗВ, является Эскузан. Это растительный препарат, представляющий собой смесь тритерпеновых сапонинов, получаемых из конского каштана в комбинации с тиамином. Основным действующим веществом является эсцин, стимулирующий в том числе выработку гормонов коры надпочечников, увеличивающий в сосудистой стенке количество простагландинов, определяя венотонизирующий эффект Эскузана [9]. Установлен тот факт, что экстракт плодов конского каштана уменьшает концентрацию лизосомальных энзимов, снижая тем самым распад мукополисахаридов в стенках капилляров; уменьшает проницаемость сосудов, предотвращая фильтрацию низкомолекулярных протеинов, воды и электролитов в межклеточное пространство, что способствует редукции отека [8]. Таким образом, Эс-

кузан обладает венотонизирующим, антиэкссудативным, капилляропротективным, противоотечным и антиоксидантным действием. Изучению флеботропного эффекта экстракта конского каштана (Эскузан) посвящено 17 рандомизированных контролируемых исследований [5]. В перекрестных и рандомизированных двойных слепых исследованиях отмечалось снижение транскапиллярной фильтрации и значительное уменьшение периферических отеков [8]. Очень интересная работа была выполнена в 1996 году, в которой проведено сравнение ФЛП и компрессионной терапии. Авторами было продемонстрировано, что экстракт конского каштана может быть альтернативой компрессионному лечению венозного отека [6, 7]. В заключении необходимо констатировать тот факт, что, несмотря на имеющиеся в нашем арсенале многочисленные методы лечения и современные средства, проблема

ХЗВ остается на сегодняшний день очень актуальной. Пациентов не становится меньше, и пик заболеваемости приходится на наиболее трудоспособный возраст. Для улучшения качества терапии необходимы слаженные действия врачей всех специальностей, в первую очередь поликлинического звена, т. к. на этом этапе возможно лечение и реабилитация большинства пациентов. Применяя на практике современные алгоритмы действия, можно обеспечить качественное адекватное лечение больных с хронической венозной патологией. Напротив, пренебрежение данными этапами может повлечь за собой ошибки и выбор порочной тактики ведения пациента. Наряду с хирургическими методами, склеротерапией, эластической компрессией, фармакотерапия занимает достойное место и является обязательным методом лечения хронической венозной патологии.



ИСТОЧНИКИ

1. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. *Флебология*, 2013, 2, выпуск 2, том 7.
2. Rabe E, Guex J-J, Puskas A, Scuderi A, Fernandez Quesada F. The VCP Coordinators Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program. *Int Angiol*, 2012, 31(2): 105–15.
3. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хронические заболевания вен в Российской Федерации. Результаты международной исследовательской программы VEIN CONSULT. *Флебология*, 2010, 4(3): 9–12.
4. Nicolaides A, Kakkos S, Eklof D, Perrin V, Nelzen O, Neglen P, Partsch H, Rybak Z. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol*, 2014, 33(2): 87–208.
5. Martinez MJ, Bonfill X, Moreno RM, Vargas E, Capella D. Phlebotonics for venous insufficiency. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005. CD003229.
6. Perrin M, Ramelet A-A. Pharmacological Treatment of Primary Chronic Venous Disease: Rationale, Results and Unanswered Questions. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2011, 41: 117-25.
7. Diehm C, Trampisch HJ, Lange S, Schmidt C. Comparison of leg compression stocking and oral horse-chestnut seed extract therapy in patients with chronic venous insufficiency. *Lancet*, 1996, Feb 3. 347(8997): 292–94.
8. Дибиров М.Д. Хроническая венозная недостаточность и трофические язвы у пациентов пожилого и старческого возраста. *Российский научно-практический тематический журнал: Стационарзамещающие технологии. Амбулаторная хирургия*, 2014, 1: 10–12.
9. Богачев В.Б., Голованова О.В., Кузнецов А.Н., Ершов П.В. Особенности лечения начальных форм хронических заболеваний вен. *Российский научно-практический тематический журнал: Стационарзамещающие технологии. Амбулаторная хирургия*, 2014, 3–4: 15–20.