

Хронічні захворювання вен: сучасні можливості терапевтичного ведення пацієнтів



I.M. Гудз

За своїм фахом лікарі загальної практики часто мають справу з різноманітними захворюваннями, які перебувають на межі хірургічних і терапевтичних спеціальностей, у тому числі в галузі флебології. Відтак, надзвичайно важливим аспектом професійного розвитку лікарів первинної ланки є розширення міждисциплінарних знань шляхом обміну досвідом із провідними фахівцями в галузі судинної хірургії. Пропонуємо читачам інтерв'ю, присвячене недооціненим можливостям сімейного лікаря, лікаря загальної практики у вирішенні проблем хронічних захворювань вен, яке дав нашому кореспонденту завідувач кафедри загальної хірургії Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор Іван Михайлович Гудз.

Наскільки часто у практиці сімейного лікаря зустрічаються пацієнти з хронічними захворюваннями вен та чим небезпечні ці стани?

– Згідно з даними статистики, 8 із 10 пацієнтів, що звертаються до лікаря загальної практики, страждають на хронічні захворювання вен (ХЗВ) (Rabe E. et al., 2012). На перший погляд, проблема ХЗВ не є настільки значною, щоби приділяти їй увагу протягом невеликого часу, котрий виділено на прийом одного хворого. Так, патологія серцево-судинної, дихальної, травної систем становить набагато більше небезпек для пацієнта, ніж варикозно розширені вени, набряки, виразка гомілки. Однак варто взяти до уваги, що, за даними нещодавно опублікованого дослідження, виконаного під керівництвом J. Prochaka (2021), рівень смертності від усіх причин у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями за наявності ознак хронічної венозної недостатності (ХВН) зростає на 51%, за умови приєднання набряків – на 66%, у разі більш пізніх стадій – на 74% порівняно з пацієнтами без ХВН. Отже, нині ХВН вважається достовірним фактором смертності.

Як класифікують хронічні венозні розлади?

– Сучасна класифікація ХЗВ відома в усьому світі за аббревіатурою CEAP та заснована на оцінці чотирьох параметрів: C – clinic, E – etiology, A – anatomy, P – pathophysiology. Згідно з класифікацією виділяють сім клінічних класів ХЗВ. C0s – об'єктивні ознаки відсутні, але пацієнт констатує наявність таких симптомів, як біль, відчуття важкості та розпирання. На стадії C1 визначається так звана судинна сіточка, але діаметр вен залишається менш як 3 мм. Уже на стадії C2 діаметр перевищує 3 мм, вени добре контуруються під шкірою у вигляді варикозно розширених судин. Стадія C3 являє собою початок ХВН, коли до перелічених ознак приєднуються набряки. На стадії C4 виникають трофічні розлади шкіри у вигляді зміни її кольору (гіперпігментація чи посиніння), а також ущільнення підшкірної клітковини (ліподермосклероз). У разі появи трофічних змін шкіри із загоєною виразкою діагностують стадію C5, а за наявності активної відкритої виразки – C6. Наведена класифікація допомагає лікарю загальної практики легко оцінювати клінічний стан пацієнта з проявами ХВН, яка характерна для C3 – набряки, C4-C6 – трофічні зміни шкіри (Lurie F. et al., 2020).

Яким є клінічний портрет типового пацієнта з ХЗВ?

– Відповідно до результатів популяційних досліджень світового рівня майже половина обстежених не має об'єктивних проявів ХЗВ (C0-C1), але вже на цих стадіях пацієнти відзначають наявність неприємних відчуттів у нижніх кінцівках, які вказують на ХЗВ. Провідними, але неспецифічними клінічними ознаками ХЗВ є біль, важкість,

втомленість ніг, відчуття набряку, свербіж, синдром неспокійних ніг, парестезії, нічні судоми, пульсація. Перелічені симптоми з'являються та/або посилюються при тривалому перебуванні в положенні сидіння або стоячи, в спеку, на тлі передменструального синдрому, при прийомі гарячої ванни.

Разом із тим і в осіб молодого віку можуть спостерігатися симптоми ХЗВ, розвиток яких може бути зумовлений гіподинамією, надмірним використанням гаджетів та ін. Досить неочікуваними виявилися результати когортного дослідження, проведеного декілька років тому в Івано-Франківському національному медичному університеті серед випусників медичного університету. Ми опитали студентів останнього курсу медичного факультету (n=320) щодо наявності ознак ХЗВ за допомогою спеціального опитувальника. Було встановлено, що 64% студентів у середньому віці 22-27 років уже відчувають біль у нижніх кінцівках, 57% респондентів турбують важкість і напруженість, 31% страждають від нічних судом. Тільки 17% опитаних не мали жодних скарг із боку нижніх кінцівок. Проявом будь-якого захворювання вважали свої скарги 2% студентів, 55,3% мали намір провести ультразвукове дослідження (УЗД) вен, 12,8% вважали, що виявлені симптоми потребують корекції способу життя та 29,8% були готові приймати медикаменти для полегшення симптомів у ногах.

Яким є патогенез розвитку ХЗВ?

– Основою патогенезу ХЗВ є венозна гіпертензія та запалення венозного ендотелію, що призводить до порушення функції венозних клапанів і змін у стінці вени, перешкоджає нормальному відтоку крові, зумовлює порушення гемодинаміки мікроциркуляторного русла та метаболічних процесів тканин. Провідну роль у розвитку захворювання відіграють зміни структури венозної стінки, гемодинамічні порушення,

вроджена чи набута недостатність клапанного апарату вен.

Хронічна гіпертензія призводить до формування ендотеліальної дисфункції, яка супроводжується посиленою продукцією прозапальних медіаторів, а також больовими відчуттями в нижніх кінцівках. За відсутності адекватного лікування патологічний процес неухильно прогресує (Jantet G., 2002; Bergan et al., 2006).

Яким є підґрунтя основних клінічних ознак ХЗВ?

– Відповідно до сучасних уявлень, усі клінічні ознаки ХЗВ мають своє особливе підґрунтя. Більшість із них спричинена запальними процесами в капілярах із виділенням в умовах гіпоксії великої кількості прозапальних медіаторів, які активують чутливі мультимодалні ноцицептори С-волокон у нервових волокнах (Chang S.L. et al., 2018). Наприклад, відчуття болючої пульсації з'являється за варикозно розширених вен і являє собою гемодинамічну складову рефлюксів. Точний патогенез напруженості та тиснення в ногах невідомий, але вважають, що їх причиною є накопичення рідини в анатомічних компартментах. Важкість виникає при тривалому стоянні або сидінні, але зазвичай не пов'язана зі значним порушенням венозної макрогемодинаміки. На відміну від важкості втома виникає після певної фізичної активності або довгого стояння, точні механізми її розвитку невідомі. Відчуття набрякості пов'язане з виникненням мікронабряків у підшкірній клітковині та м'язах, що спричинені мікроциркуляторними розладами. Судоми в литкових м'язах, які виникають переважно вночі, більше турбують жінок; з'являються вони внаслідок ХЗВ-асоційованої запальної невропатії. Свербіж у хворих на ХЗВ спричиняє застійний дерматит за умови виникнення рефлюксів у поверхневій і венозній системах; свербіння посилюється підвечір і вночі, часто пов'язане з болем. Синдром неспокійних ніг пацієнти описують як неможливість знайти місця для ніг, а науковці

пояснюють виникнення мимовільних рухів подразненням аферентних нервових волокон дилатованими венами. Відчуття поколювання або наявності голок/шпильок у ногах є наслідком периферичної нейропатії та венозної гіпертензії. Пекуча шкіра, котра описується хворими як припливи тепла у шкірі, що потребує охолодження, являє собою ранній прояв периферичної нейропатії. Проте не завжди перелічені симптоми вказують саме на венозні розлади; варто зважати на індивідуальні особливості пацієнта, клінічний контекст виникнення симптомів.

Які підходи до лікування ХЗВ нині застосовуються?

– Характеризуючи сучасні міжнародні стандарти щодо лікування ХЗВ, слід підкреслити їхній доказовий характер. Згідно з положеннями сучасних міжнародних рекомендацій, лікування пацієнтів із ХЗВ на стадії C0s передбачає зміну способу життя та консервативну терапію. Проводити корекцію способу життя потрібно з огляду на чинники ризику ХЗВ: тривале перебування в положенні стоячи або сидіння, малорухливий спосіб життя, бідна на клітковину їжа, дія високих температур, тісний одяг, що облягає, носіння взуття на високих підборах. Особливого підходу потребують пацієнти з наявністю гормональних (вагітність, застосування пероральних контрацептивів) та інших сприятливих чинників (спадковість, жіноча стать, похилий вік, тромбоз глибоких вен, ожиріння (Gloviczki P. et al., 2018)).

Консервативна терапія заснована на призначенні венотоніків із доведеною ефективністю. Найбільшу доказову базу має оригінальна мікронізована очищена фракція флавоноїдів (МОФФ), відома в Україні під торговою назвою Детралекс®. На відміну від багатьох інших венотоніків МОФФ здатна одночасно позитивно впливати на більшість патогенетичних ланок розвитку ХЗВ: нормалізувати тонус вен, покращувати проникність капілярів і лімфовідтік, чинити протизапальну дію на стінки вен

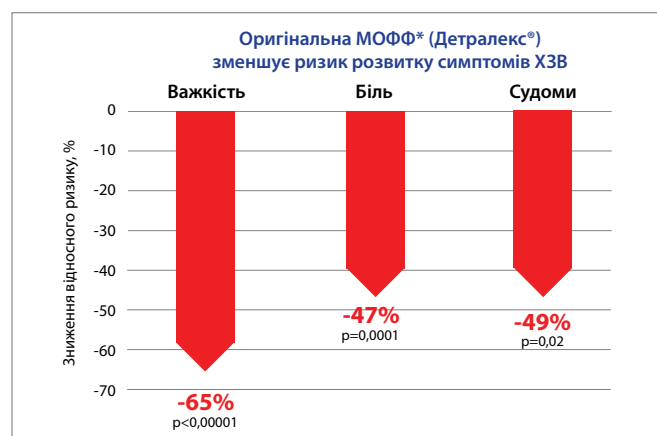


Рис. 1. Ефективність МОФФ (Детралекс®) в зниженні симптомів ХЗВ

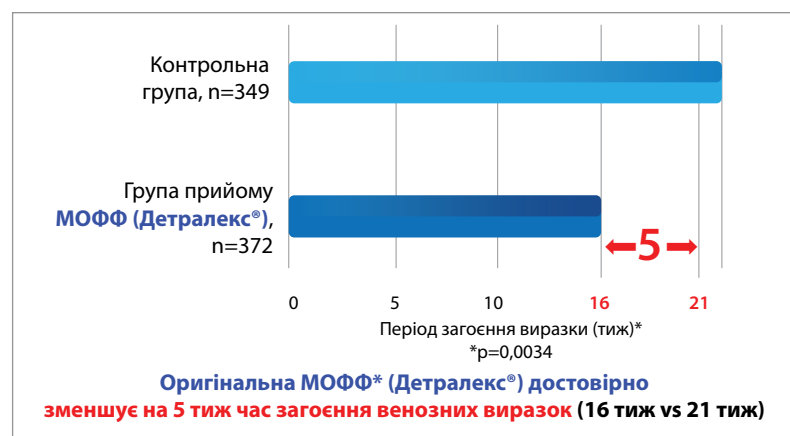


Рис. 2. Вплив МОФФ (Детралекс® 1000) на швидкість загоєння венозних виразок

* Оригінальна МОФФ зареєстрована в Україні під торговою маркою Детралекс® 500 та Детралекс® 1000. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Детралекс® 1000 мг. Показання. Симптоматичне лікування венолімфатичної недостатності (важкість у ногах, біль, нічні судоми, набряки, трофічні порушення, включаючи варикозні виразки). Симптоматичне лікування геморою. Протипоказання, спосіб застосування та дози, особливості застосування, побічні реакції та інше. Повну інформацію див. Інструкцію для медичного застосування лікарського засобу Детралекс® 1000 мг P/n № UA/4329/01/02 від 18.11.2020 № 2669, зміни внесені 18.08.2021, Наказ МОЗ № 1752.

