

Гормональные изменения в женском организме как фактор риска развития варикозного расширения вен

Проблема варикозного расширения вен является крайне актуальной в связи с высокой распространенностью, отрицательными косметическими последствиями и значительным риском развития серьезных осложнений. Наиболее подвержены данной патологии женщины, что во многом объясняется тесной взаимосвязью между состоянием вен и гормональными изменениями в организме, формирующими предрасположенность к варикозу. Современный подход к данной проблеме предполагает своевременное выявление первых признаков заболевания, раннее начало лечения и проведение целенаправленной профилактики, в том числе в периоды жизни женщины, сопряженные с существенными изменениями гормонального фона (беременность, климакс).

Варикозное расширение представляет собой патологическое изменение вен, характеризующееся неравномерным увеличением их просвета, искажением хода сосудов с развитием узлоподобной извитости и отдельных расширений в местах истонченной венозной стенки, функциональной недостаточностью клапанов и извращенным кровотоком. Основным свойством вен, влияющим на показатели кровотока, является большая растяжимость их стенок.

Интересно, что варикозное расширение вен нижних конечностей бывает только у человека. Это обусловлено вертикальным положением тела, влиянием гидростатического и гидродинамического венозного давления на клапанный аппарат и стенку вен конечности. Женщины страдают варикозным расширением вен примерно в 4 раза чаще, чем мужчины. Кроме ряда факторов риска, связанных с гормональными изменениями в организме, в настоящее время доказано, что женщины имеют генетическую предрасположенность к варикозному расширению вен в 2-3 раза чаще, чем мужчины.

При слабости венозной стенки и нарушенной функции клапанного аппарата в основных венах, что имеет место при врожденной их неполноценности, возникает патологический обратный кровоток. Макроскопически варикозно расширенные поверхностные вены большей частью извиты с мешковидными взбуханиями, подчас значительно превышающими диаметр основного сосуда. Стенки вен уплотнены и утолщены, в участках же расширения, напротив, отмечается истончение стенок. Следует отметить, что на поздних стадиях развития заболевания изменяются физико-химические свойства эластина, который постепенно утрачивает способность разрушаться под воздействием эластазы; в оболочках вен появляются поля гиалинизированной фиброзной ткани. Мышечные волокна подвергаются постепенной атрофии и склерозу, что значительно снижает функциональные возможности сосуда. Описанные изменения рассцениваются как компенсаторно-приспособительные процессы, возникающие в условиях чрезмерной нагрузки на стенку подкожных вен.

Варикозному расширению подвергаются вены, расположенные в легко сжимаемых тканях: подкожной жировой клетчатке, подслизистом слое пищевода, желудка и кишечника. Наиболее часто встречается варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей. В основном варикозное расширение происходит в системе большой подкожной вены, реже — в системе малой подкожной, а начинается с притоков ствола вены на голени. У 50% женщин заболевание развивается в возрасте от 20 до 50 лет. С примерно одинаковой частотой наблюдается поражение как правой, так и левой конечности, но чаще всего заболевание бывает двусторонним. Патологический процесс отличается прогрессирующим течением.

Естественное течение заболевания на начальном этапе достаточно благоприятное, первые 10 лет и более, помимо косметического дефекта, у больных могут отсутствовать

какие-либо жалобы. Последующее прогрессирование патологии, кроме увеличения количества и размеров расширенных вен, приводит к возникновению ряда трофических расстройств, чаще вследствие несостоятельности перфорантных вен и возникновения клапанной недостаточности глубоких вен.

Варикозное расширение вен сегодня рассматривается как полиэтиологическое заболевание. Основными причинами развития варикоза считают слабость мышечно-эластических волокон стенок поверхностных вен и врожденную неполноценность их клапанного аппарата, которая передается по наследству, токсико-инфекционные факторы, поражение нервного аппарата вен, действие гормональных факторов.

Гормональные нарушения являются одной из ведущих причин развития хронической венозной недостаточности, приводящей к варикозному расширению вен. Исследования показали, что гормональные изменения в женском организме непосредственно влияют на структуру и тонус сосудистой стенки. Патология часто манифестирует на фоне гормональных стрессов — во время беременности, после перенесенного абортa, на фоне развития гинекологических заболеваний (киста яичника, миома), в период менопаузы или полового созревания, а также как побочный эффект длительного приема гормональных препаратов, в том числе контрацептивов.

Из всех женских половых гормонов наибольшее значение для развития варикозного расширения вен имеют эстрогены и прогестерон. При повышении концентрации любого из указанных гормонов вены всегда оказываются расширенными. Кроме того, половые гормоны воздействуют на сосуды опосредованно в силу изменения химического состава крови: повышенная выработка гормонов напрямую влияет на процессы свертывания крови, способствуя появлению тромбов.

В данном контексте особенно следует выделить беременность, которая выступает как один из основных факторов риска развития варикозной болезни. По данным некоторых исследований, у женщин начало заболевания вен в 90-96% случаев связано с беременностью и родами. При этом в когорте заболевших у 30% женщин расширение вен развивается в течение первых 3 мес беременности, у 70% — в течение последующих 3 мес. Это обусловлено рядом специфических изменений в женском организме. Известно, что при беременности резко повышается уровень женских половых гормонов, что вызывает расслабление мышечного слоя венозных стенок. В результате просвет сосудов патологически расширяется и венозные клапаны не могут сомкнуться полностью. Помимо гормональных изменений, увеличивающаяся матка и плод давят на подвздошные вены и значительно затрудняют отток крови из нижних конечностей. Кроме того, во время беременности венозная система подвергается колоссальной нагрузке из-за увеличивающегося общего

объема циркулирующей крови. Обычно объем кровотока у женщины возрастает в 4 раза, особенно резко — в течение первых 2 мес беременности; затем он увеличивается дополнительно на 3-м месяце гестации. Венозные стволы в брюшной полости переполняются, и, для того чтобы доставлять кровь к сердцу, венам нижней половины тела приходится выдерживать непривычно большое давление. Под влиянием комплекса указанных причин происходит постепенное расширение просвета подкожных и перфорантных вен. Следует учитывать, что иногда заболевание вен системы нижних конечностей осложняет течение беременности, родов и послеродового периода и может создавать определенную угрозу для здоровья женщин и плода.

Период менопаузы также связан с гормональной перестройкой организма: изменения, связанные со снижением выработки в организме эстрогенов, нарушением кальциевого обмена и ухудшением обмена холестерина, создают предпосылки как для возникновения, так и для прогрессирования венозной недостаточности. К тому же в последние годы отмечается увеличение роли гормональных факторов в заболеваемости вен, что связано с распространением заместительной гормональной терапии, используемой в лечении климактерических расстройств, а также с потребностью гормональной контрацепции среди женщин репродуктивного возраста.

За последние десятилетия были разработаны и продолжают совершенствоваться различные лекарственные препараты, предназначенные для лечения хронической венозной недостаточности. В тех случаях, когда у женщины отсутствуют или практически отсутствуют варикозные вены либо их количество весьма незначительно, однако имеют место признаки хронической венозной недостаточности (боль, отеки), консервативное лечение является эффективным и значимым фактором предотвращения прогрессирования заболевания. Главными показаниями к назначению медикаментозной терапии являются наличие явлений хронической венозной недостаточности и ее профилактика в группах риска. В комплексной терапии применяют сочетание наружных (гель, мазь) и пероральных лекарственных средств. Кроме того, большое значение придается коррекции образа жизни женщины: соблюдению рационального режима труда и отдыха, профилактике гиподинамии, ограничению физических нагрузок, рациональному питанию и т. д.

В терапии заболеваний, связанных с развитием хронической венозной недостаточности и варикозным расширением вен, применяется лекарственный препарат Флебтон («Софарма»). Препарат создан на основе троксерутина и представляет собой капилляро- и венотонизирующее средство. Троксерутин проявляет противовоспалительный и антиоксидантный эффекты, обладает способностью подавлять фермент гиалуронидазу. При его применении предотвращается окисление гиалуроновой, аскорбиновой кислот и адреналина, угнетается процесс перекисного окисления липидов. Также троксерутин

снижает проницаемость и ломкость капилляров, предотвращает повреждение базальной мембраны эндотелиальных клеток различными факторами. Многочисленные исследования показали, что троксерутин обладает мембраностабилизирующей, антигеморрагической, детоксикационной, слабой противоаллергической активностью. Применение препарата Флебтон приводит к уменьшению отека, улучшению трофики тканей, снижению выраженности всех других симптомов, связанных с венозной недостаточностью или нарушением оттока лимфатической жидкости.

Для комплексного лечения заболеваний вен были созданы разные лекарственные формы препарата Флебтон, гармонично дополняющие друг друга: капсулы для перорального применения и гель, предназначенный для нанесения на пораженные участки кожи. При пероральном применении максимальные концентрации действующего вещества в плазме крови наблюдаются в интервале 2-8 ч после приема. Снижение концентрации действующего вещества происходит биоэкспоненциально: вначале плазменная концентрация прогрессивно снижается в течение 40 ч, после чего наступает период медленного снижения концентрации. В течение 24 ч до 70% действующего вещества выводится с желчью.

Препарат Флебтон применяется перорально по следующим показаниям: предварикозный и варикозный синдромы, варикозные язвы, хроническая венозная недостаточность, поверхностный тромбофлебит, флебит, постфлебитные состояния, геморрой, варикозный дерматит, мышечный крампии. Кроме того, в составе комплексной терапии Флебтон показан в лечении диабетической ретинопатии, а также последствий травм.

Лекарственная форма Флебтона в виде геля обеспечивает полную абсорбцию активного вещества через роговой слой эпидермиса (stratum corneum) и его проникновение в кровеносные сосуды в подкожной ткани. Следует отметить, что pH геля соответствует pH кожи, вследствие чего у препарата отсутствует раздражающее и сенсibilизирующее действие. Поскольку гель имеет водную основу, он не нарушает физиологические свойства кожи. Показания к применению геля Флебтон аналогичны таковым для формы в виде капсул, за исключением варикозного дерматита, диабетической ретинопатии. Таким образом, лекарственные формы препарата Флебтон — капсулы и гель — могут применяться совместно как комплексное решение в симптоматическом лечении хронической венозной недостаточности и варикозного расширения вен.

Медикаментозная терапия и комплекс лечебных процедур (физкультура, физиопроцедуры, ношение компрессионного белья) улучшают венозную гемодинамику конечности, препятствуют дальнейшему развитию патологического процесса и даже могут повернуть его вспять в тех случаях, когда развитие хронической венозной недостаточности связано с временными гормональными изменениями.

Специалисты подчеркивают, что варикозное расширение вен — тяжелое и опасное заболевание, которое при прогрессировании грозит развитием ряда серьезных осложнений. В связи с этим его своевременное выявление и лечение представляются крайне важными. Особое внимание следует уделять выявлению признаков развития варикозной болезни у женщин в периоды существенных гормональных изменений в организме.

Подготовила Катерина Котенко

