

# Актуальные вопросы консервативной терапии варикозной болезни вен нижних конечностей

**Боль, ощущение тяжести, жжения, судороги, расширение венозной сетки на ногах – далеко не полный перечень симптомов, встречающихся при заболеваниях вен нижних конечностей. Опасность этих состояний связана с высокой частотой возникновения поражений венозного русла (до 80% взрослого населения, по данным С. J. Evans et al., 1999), а также с риском развития осложнений, способных приводить к инвалидизации пациентов.**

На протяжении последних десятилетий отмечается рост распространенности патологии вен, в частности варикозной болезни вен нижних конечностей (ВБВНК). С позиций современной флебологии ВБВНК рассматривается как полиэтиологическое заболевание, проявляющееся варикозной трансформацией подкожных вен с развитием синдрома хронической венозной недостаточности (ХВН). Среди факторов риска развития ВБВНК ведущую роль играют генетическая предрасположенность, пол (у женщин встречается в среднем в 4 раза чаще), возраст, условия труда (длительное пребывание в вертикальном положении), избыточная масса тела, гормональные изменения, гиподинамия, повышение внутрибрюшного давления, беременность. К факторам внешней среды, обладающим способностью увеличивать риск поражения вен, относятся работа в условиях повышенной температуры, прием горячих ванн, посещение саун, турецких бань, поднятие тяжестей, ношение тесной одежды и обуви.

В патогенезе ВБВНК и ХВН ведущая роль отводится венозной гипертензии и сопутствующему воспалительному процессу. Вследствие влияния одного из факторов риска или их сочетанного воздействия на начальных этапах заболевания формируются изменения в системе венозного кровотока (стаз). Эти нарушения индуцируют развитие воспаления, сопровождающегося активацией и адгезией лейкоцитов к эндотелию, с последующим проникновением иммунокомпетентных клеток сквозь стенки венозных сосудов и их клапаны, а также повышение проницаемости и хрупкости капилляров. Считается, что воспаление служит причиной изменений в коже и подкожных тканях, отмечающихся на более поздних стадиях заболевания.

В результате воспалительной реакции, инициированной фиксацией медиаторов воспаления на клапанах вен, происходят повреждение клеточных структур и ослабление стенки венозных сосудов, приводящие к возникновению клапанной недостаточности. Нарушение структурно-функционального состояния клапанного аппарата венозных магистралей сопровождается явлениями рефлюкса (обратного тока крови из глубоких вен в подкожные), усугубляющего повышение давления в венозном русле, что способствует варикозному перерождению сосудов и дальнейшему прогрессированию заболевания. Кроме того, медиаторы воспаления путем воздействия на рецепторы боли и С-волокну провоцируют появление алгических ощущений в нижних конечностях.

Согласно клиническому разделу классификации CEAP (C – clinic, E – etiology, A – anatomy, P – pathophysiology) можно выделить несколько стадий ХВН:

- класс 0. Отсутствие симптомов заболеваний вен при осмотре и пальпации;
- класс 1. Телеангиэктазии или ретикулярные вены;
- класс 2. Варикозно расширенные вены;
- класс 3. Отек;
- класс 4. Кожные изменения, обусловленные заболеванием вен (пигментация, венозная экзема, липодерматосклероз);
- класс 5. Кожные изменения, указанные выше, и зажившая язва;
- класс 6. Кожные изменения, указанные выше, и активная язва.

Проявления ВБВНК на начальных стадиях зачастую носят неспецифический характер. Пациенты отмечают чувство тяжести и повышенной утомляемости в ногах, распирание, жжение, зуд, судороги в икроножных мышцах в ночное время. Помимо этого, достаточно часто встречаются преходящие отеки и боль по ходу вен. На фоне варикозной трансформации венозной сетки регистрируется незначительная отечность мягких тканей, обычно в области стоп, лодыжек и нижних частей голени. Чаще всего выраженность перечисленных симптомов усиливается в вечернее время, после работы, длительного стояния, особенно в жаркую погоду.

По мере прогрессирования поражения к указанным жалобам присоединяются регулярно возникающие к вечеру и исчезающие к утру отеки, распространяющиеся от лодыжек и тыла стопы до голени, которые свидетельствуют о развитии ХВН. Впоследствии кожный покров приобретает синюшный оттенок, развиваются гиперпигментация кожи голени, липодерматосклероз, в запущенных случаях – трофические язвы.

Диагностика ВБВНК основывается на анализе жалоб пациента и данных физикального обследования, а также проведении ультразвуковой доплерографии, ультразвукового ангиосканирования с доплерографией и цветным кодированием кровотока, различных вариантов плетизмографии (фотоплетизмография, световая и окклюзионная плетизмография и др.). В некоторых случаях находят применение рентген-контрастная и радионуклидная флебография.

Стратегия лечения пациентов с ВБВНК предусматривает использование комплексного подхода, включающего борьбу с факторами риска (модификация образа жизни, профилактика гиподинамии, рациональное питание и др.), применение компрессионных, медикаментозных, физиотерапевтических и хирургических методов лечения. В частности, на начальных стадиях заболевания всем пациентам назначается ношение компрессионного трикотажа (I-III класса в зависимости от тяжести состояния), также рекомендуются лекарственные препараты местного и системного действия. Особое внимание к возможностям медикаментозной

терапии ВБВНК было привлечено после опубликования в 2001 г. результатов крупнейшего 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), согласно которым у 57% пациентов с 0-4 клинической стадией ХВН по CEAP отсутствовал рефлюкс крови по магистральным венам. Полученные данные позволили не только расширить показания к назначению лекарственных препаратов при ВБВНК, но и в некоторых случаях рассматривать консервативную терапию в качестве метода выбора.

На сегодняшний день независимо от стадии заболевания основными препаратами для местного и системного лечения ВБВНК являются флеботоники, стабилизирующие структурные компоненты венозной стенки и повышающие ее тонус. Одним из современных высококачественных капилляро- и флеботонических препаратов на основе биофлавоноида троксерутина является Флеботон («Софарма», Болгария), выпускаемый в виде капсул для приема внутрь (1 капсула содержит 300 мг троксерутина) и 2% геля (1 г содержит 20 мг троксерутина) для местного применения. Троксерутин оказывает противовоспалительное и антиоксидантное действие, обладает способностью подавлять окисление гиалуроновой, аскорбиновой кислот и адреналина, ингибировать процесс перекисного окисления липидов. Кроме того, троксерутин уменьшает проницаемость и ломкость капилляров, предотвращает повреждение базальной мембраны эндотелиальных клеток, отличается мембраностабилизирующими, антигеморрагическими, детоксикационными, антиаллергическими, вентонизирующими свойствами. Благодаря использованию препарата Флеботон удается достичь улучшения трофики тканей, уменьшения отека и выраженности других симптомов, связанных с ВБВНК и нарушением оттока лимфатической жидкости. Комплексное действие троксерутина позволяет с успехом использовать препарат Флеботон в составе базисной терапии пациентов с предварикозом и варикозным синдромом, поверхностным тромбозом, флебитом и постфлебитными состояниями, ХВН, геморроем (в составе комплексной терапии); а также для борьбы с отеками и болевыми ощущениями при травмах и варикозной трансформации вен, мышечными крампи (судорожными сокращениями икроножных мышц); в период подготовки пациентов с ВБВНК к оперативным вмешательствам на венах нижних конечностей и на этапе послеоперационной реабилитации. В зависимости от тяжести состояния, помимо системной терапии троксерутином, в схему лечения ВБВНК могут быть включены нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), дезагреганты, антиоксиданты, антигистаминные и антибактериальные средства, препараты энзимов, а также мази и гели, способствующие грануляции и эпителизации язвенной поверхности.

Наряду с ношением компрессионного трикотажа и приемом системных флеботонических средств немаловажное

значение в уменьшении симптомов ВБВНК отводится применению топических препаратов, действующим началом которых могут быть веноактивные агенты, гепарин, НПВП, глюкокортикоиды. В частности, благодаря сочетанному использованию препарата Флеботон в виде капсул для приема внутрь и геля для местного нанесения у пациентов с неосложненной ВБВНК удается достичь более быстрого уменьшения отечности, болевых ощущений, выраженности вызванного варикозным расширением вен косметического дефекта, нормализации трофики кожных покровов. Важно учитывать, что местная терапия в большинстве случаев ВБВНК является лишь дополнением к основному лечению, позволяющим увеличить эффективность последнего, и демонстрирует наибольшую активность при поверхностном тромбозе. В отличие от системного применения флеботонических препаратов, которое рекомендуется на длительный срок (обычно курсами по 1-2 мес с интервалом в 1 мес), топические лекарственные средства нельзя использовать непрерывно более 2 нед в связи с увеличением риска развития аллергических реакций со стороны кожных покровов.

При прогрессировании заболевания к системной и местной терапии флеботониками, ношению компрессионного трикотажа подключаются методы физиотерапевтического лечения. Среди них наибольшей популярностью в настоящее время пользуются переменная пневмокомпрессия, электрофорез, гипербарическая оксигенация, дарсонвализация, гальванизация, ультрафиолетовое облучение, УВЧ, электро- и пневмовибрационная стимуляция, магнито-, лазеро- и криотерапия, а также гидро-, бальнео- и грязелечение.

Хирургическая коррекция ВБВНК преимущественно используется при недостаточной эффективности консервативного и физиотерапевтического лечения. В последние годы широкое применение получила склеротерапия (компрессионное флебосклерозирование), которая в ряде случаев позволяет избежать операции. Классические хирургические методы лечения ВБВНК, а также техники с использованием лазеров, радиочастотных генераторов тепла, крио и механических деструкторов, имплантируемых эндовасально устройств направлены на иссечение варикозно измененных подкожных вен, устранение патологического сброса крови из глубоких вен в поверхностные, восстановление структурно-функционального состояния клапанного аппарата глубоких вен, а также на обходное шунтирование окклюзированных венозных магистралей.

Таким образом, консервативную терапию следует рассматривать как средство выбора в лечении больных с начальными стадиями ВБВНК, а также как неотъемлемый компонент комплексного лечения ХВН любой тяжести. Модификация образа жизни в сочетании с компрессионной терапией, системным и местным применением вентонизирующего препарата Флеботон позволяет существенно снизить частоту и выраженность симптомов ВБВНК, а также улучшить качество жизни пациентов.

Подготовил **Антон Пройдак**

