

Міжнародна зустріч флебологів — знакова подія, що вперше відбулася в рамках проекту «Серв'є в Україні: партнерство заради майбутнього»



Приємно зазначити, що останніми роками Україна дедалі частіше стає майданчиком для проведення медичних форумів світового рівня, які привертають увагу професійної спільноти. Зокрема, 2-3 червня у м. Києві вперше відбулася Міжнародна зустріч флебологів, яка проходила в рамках масштабного проекту компанії Серв'є «Серв'є в Україні: партнерство заради майбутнього». Неординарний та різноплановий захід, присвячений актуальним питанням флебології, об'єднав плеяду відомих експертів та клініцистів з різних куточків світу. Поділитися власним практичним досвідом та дізнатися про досягнення українських спеціалістів приїхали науковці із США й Монако, Латвії і Словаччини...

Інноваційний формат, фахові дискусії та майстер-класи, можливість неформального живого спілкування — це далеко не повний перелік того, чим запам'ятається гостям Міжнародної зустрічі флебологів. Захід став чудовою нагодою для практикуючих лікарів поповнити скарбничку знань і підвищити рівень професійної майстерності, відвідавши лекції авторитетних світових і національних експертів, а також ознайомитися з останніми даними доказової медицини щодо діагностики та лікування хронічних захворювань вен (ХЗВ). Складно описати усі питання, розглянуті учасниками зустрічі, у межах однієї публікації, тому сьогодні пропонуємо ознайомитися з доповідями, які стосувалися нюансів патогенезу ХЗВ та їх ранньої діагностики.



З першою доповіддю «Патогенез хронічних захворювань вен нижніх кінцівок: від теорії до практики» виступила провідний український фахівець у галузі судинної хірургії, віце-президент Асоціації судинних хірургів, флебологів і ангіологів України,

доктор медичних наук, професор Лариса Михайлівна Чернуха (Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова). В основному її виступ був присвячений аналізу причин незадовільних результатів лікування пацієнтів із ХЗВ.

Лектор наголосила, що попри високу поширеність ХЗВ, величезний соціальний і економічний тягар, пов'язаний із ними, навіть у розвинених країнах результати лікування цієї патології сьогодні далекі від бажаних. Однією з причин ситуації, що склалася, на думку професора Л.М. Чернухи, є занадто поверхневий погляд на зазначену проблему. У фокусі уваги лікарів зазвичай перебувають зовнішні прояви захворювання — варикозна деформація вен нижніх кінцівок, і основні зусилля спрямовують саме на її ліквідацію. На жаль, такий симптоматичний підхід дає нестійкі й не завжди задовільні результати. Вирішенням проблеми є поглиблене вивчення причин і механізмів розвитку ХЗВ та перехід до патогенетично орієнтованого підходу до лікування.

Професор Л.М. Чернуха нагадала, що фактори ризику розвитку ХЗВ давно встановлені — це генетична схильність, конституціональні особливості, жіноча стать, вік, тривале перебування в положенні стоячи, ожиріння та ін.

Що ж стосується патогенезу, то доповідач зазначила наявність суттєвого поглиблення даних, що демонструють різноманітність механізмів розвитку первинного ХЗВ. Вважається, що в основі формування ХЗВ лежить венозна гіпертензія, яка згодом призводить до клапанної неспроможності. Однак сьогодні існує гіпотеза, згідно з якою відправною точкою формування ХЗВ є слабкість венозної стінки, яка призводить до клапанної неспроможності й уже внаслідок цього — до венозної гіпертензії в неспроможному сегменті. До ключових механізмів ремоделювання венозної стінки дослідники відносять хронічне запалення й оксидативний стрес.

Чому у венозній стінці розвивається запальний процес? Раніше вже зазначалося, що одним із факторів ризику розвитку ХЗВ є генетична схильність. І що цікаво, у пацієнтів з ХЗВ виявлена підвищена активність генів, що відповідають за продукцію медіаторів запалення, і водночас знижена активність генів, що відповідають за синтез колагену.

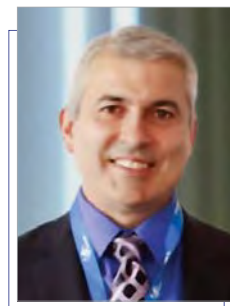
Ще одним підтвердженням згаданої гіпотези є той факт, що ще на стадії С1, коли в пацієнта є телеангіектазії і ретикулярний варикоз, але ще може бути відсутня клапанна неспроможність, викликана венозною гіпертензією (за даними ультразвукового дослідження), у багатьох хворих вже спостерігається больовий синдром. У низці досліджень було показано, що в його основі лежить саме запальний процес у венозній стінці із подразненням

локальних ноцицепторів. Уже на цьому етапі необхідне активне терапевтичне втручання, спрямоване на ліквідацію запалення й оксидативного стресу. Саме на ранніх стадіях ХЗВ за допомогою медикаментозної терапії можна домогтися найкращих результатів, адже в міру прогресування захворювання воно дедалі важче піддається лікуванню.

Що стосується хірургічних методів лікування, принаймні варикозної хвороби вен нижніх кінцівок, то, як наголосила доповідач, дедалі частіше замість таких травматичних операцій, як кросектомія і стовбуровий стріпінг, застосовують ендovenозні методи (ЕВЛК, РЧА, склеротерапію). Виконання відкритих операцій розглядається для більш тяжких випадків ХЗВ нижніх кінцівок. Професор відзначила, що тяжкі хворі з ХЗВ, посттромботичною хворобою нижніх кінцівок повинні лікуватися у спеціалізованих судинних відділеннях, які мають досвід виконання реконструктивних операцій на венозній системі.

Не менш важливим є розуміння патогенезу і при веденні пацієнтів із венозними трофічними виразками, які виникли внаслідок ХЗВ. Не слід забувати, що до розвитку таких ускладнень призводить порушення не лише макроциркуляції, а й мікроциркуляторної порушення. Саме тому далеко не в усіх випадках хірургічне усунення венозного рефлюксу призводить до загоєння трофічної виразки. Згідно з даними, отриманими професором Л.М. Чернухою і колегами, практично в усіх пацієнтів із варикозною хворобою і венозними трофічними виразками наявні виражені порушення з боку мікроциркуляторного русла і системи неспецифічного клітинного імунітету. Тому наявність трофічної виразки вимагає комплексного підходу до лікування з корекцією макро- і мікроциркуляції та етапного хірургічного лікування.

На закінчення свого виступу професор Л.М. Чернуха ще раз закликала колег переходити до патогенетично обґрунтованого і якомога більш раннього лікування пацієнтів із ХЗВ, що дасть змогу досягти кращих результатів.



Актуальності проблеми ХЗВ, їх сучасній класифікації і детальному розгляді деяких аспектів патогенезу була присвячена доповідь професора хірургії та радіології, директора судинної лабораторії в Університетському медичному центрі Stony Brook, співзасновника Міжнародного судинного фонду Інституту судинних захворювань і Фонду здоров'я вен Нікоса Лабропулоса (США).

Доповідач зазначив, що поширеність ХЗВ становить у середньому 10-20% серед чоловіків і 25-33% серед жінок. Цілком закономірно, що й захворюваність на ХЗВ, і їх тяжкість зростають із віком.

За даними професора Н. Лабропулоса, за етіологією приблизно 2/3 випадків ХЗВ є первинними, а 1/3 — вторинними, тобто зумовленими іншими захворюваннями і патологічними станами. Так, нерідко ХЗВ



розвивається після тромбозу глибоких вен, унаслідок якого уражається клапанний апарат вен. Лектор наголосив, що вторинні ХЗВ прогресують набагато швидше, ніж первинні. На вродженні ХЗВ припадає менше 1% випадків.

Найбільш частим клінічним проявом ХЗВ є варикозне розширення вен, яке відзначається майже в 90% випадків. У чверті хворих із ХЗВ можна виявити набряк і трофічні зміни шкіри. Телеангіектазії є приблизно в 16% випадків, а трофічні виразки — у 7% хворих.

Якщо говорити про локалізацію патологічного процесу, то в більш ніж 85% випадків ХЗВ уражені поверхневі вени, у тому числі велика підшкірна — у 70-80% пацієнтів, мала підшкірна — у 15-20%, інші поверхневі вени — у 10%. Перфорантні вени (частіше гомілки, ніж стегна) ушкоджені у 25-35% хворих, глибокі вени — у 30%.

Що стосується патофізіології ХЗВ, то у 81% випадків відзначається тільки рефлюкс, у 17% — рефлюкс і обструкція, у 2% — тільки обструкція. Поєднання рефлюксу й обструкції підвищує ймовірність появи симптомів і ознак у 3,5 раза. Чим більша вираженість рефлюксу й обструкції, тим вища частота й тяжкість трофічних уражень шкіри.

Цікаво, що клапанна недостатність у великих поверхневих венах може спостерігатися і за відсутності рефлюксу у великій підшкірній вені та її основних притоках, що було показано в роботі J.R. Vincent і співавт. (2011). Варто відзначити, що клапани виявлені аж до приток великої підшкірної вени 6-го порядку. І якщо наявна недостатність клапанів приток, починаючи від 3-го порядку і дрібніше, то рефлюкс може поширюватися аж до капілярної мережі шкіри. Саме тому недостатність клапанів дрібних вен багато в чому визначає розвиток тяжких трофічних порушень у шкірі нижніх кінцівок.

Де починається венозний рефлюкс? Як показало дослідження, проведене професором Н. Лабропулосом і співавт. (1997), первинний венозний рефлюкс може виникати в будь-якій питомій або глибокій вені нижніх кінцівок і може бути локальним або мультифокальним.

Далі доповідач навів додаткові аргументи на користь гіпотези патогенезу первинного ХЗВ, про яку говорила в своїй доповіді професор Л.М. Чернуха. Недавнє дослідження професора Н. Лабропулоса і співавт. (2017) продемонструвало, що потовщення стінки вени в пацієнтів із ХЗВ відзначається як у сегментах

із рефлюксом, так і без нього. Збільшена товщина стінки вени в неуражених сегментах указує на те, що її ремоделювання відбувається ще до появи рефлюксу.

Серед механізмів ремоделювання венозної стінки як першого етапу розвитку ХЗВ лектор назвав підвищення експресії та активності матричних металопротеїназ. Це викликає порушення синтезу колагену; пошкодження й аномальний апоптоз ендотеліоцитів і гладком'язових клітин; інфільтрацію судинної стінки лейкоцитами і як наслідок — формування варикозно розширених вен (J.D. Raffetto et al., 2008).

Професор Н. Лабропулос наголосив, що глибше розуміння патогенезу ХЗВ сприятиме розробці більш ефективної стратегії їх лікування.

Професор Л.М. Чернуха акцентувала на необхідності раннього початку лікування ХЗВ. Як же виявляти їх ранні стадії?



Відповіді на це питання була присвячена доповідь «Венозні симптоми: глибина проблеми в розрізі консенсусного документа SYM-VEIN», представлена завідувачем кафедри загальної хірургії Івано-Франківського національного медичного університету, доктором медичних наук, професором Іваном Михайловичем Гудзом.

Свій виступ професор почав із того, що відзначив суттєві розбіжності в поширеності ранньої стадії ХЗВ у різних регіонах світу. Так, згідно з результатами Vein Consult Program поширеність стадії C0a (відсутність видимих або пальпованих ознак хвороби і суб'єктивних скарг) у країнах Східної Європи становить 16%, у Західній Європі й на Близькому Сході — 21%, а в Центральній і Латинській Америці — лише 10%. Поширеність стадії C0s (відсутність видимих або пальпованих ознак хвороби за наявності суб'єктивних скарг) також відрізняється і становить 17% в Західній Європі і Центральній та Латинській Америці, 20% у Східній Європі, тоді як на Близькому Сході — майже 40%. З чим пов'язані такі відмінності? Стосовно стадії C0s вони, імовірно, зумовлені тим, що в лікарів немає єдності щодо питання визначення венозних симптомів, які в більшості випадків є неспецифічними.

У зв'язку з цим професор І.М. Гудз вважав за необхідне представити учасникам конференції консенсус SYM-VEIN, який був прийнятий у 2016 р. Європейським венозним форумом. Перша частина цього документа якраз присвячена всебічному опису венозних симптомів.

Біль або хворобливість, у тому числі венозна кульгавість. Частота цього симптому, за даними різних досліджень, дуже варіабельна (від 18 до 75%), що, у принципі, корелює із значеннями вище відмінностями в поширеності стадій C0s і C0a. Механізми появи цього симптому також різні, причому на ранніх стадіях це не венозна гіпертензія, а запальний процес у венозній і капілярній стінці (з виділенням великої кількості прозапальних медіаторів, які активують чутливі мультимодальні ноцицептори). Про це свідчить висока анальгетична ефективність флеботропних препаратів у пацієнтів з ранньої стадією ХЗВ без порушень макро- і мікроциркуляції, але з наявним больовим синдромом.

Відчуття болючої пульсації. Найчастіше трапляється за наявності варикозної деформації вен і має динамічну складову.

Напруженість або стиснення в ногах. Патогенез цього симптому точно не відомий. Припускають, що він зумовлений накопиченням рідини в анатомічних компартментах.

Важкість. Виникає при тривалому стоянні або сидінні, але при цьому венозна макрогемодинаміка не є визначальним фактором її виникнення. Доказом цього є позитивний вплив мікронізованої очищеної фракції флавоноїдів на цей симптом.

Відчуття втоми. Відрізняється від важкості тим, що виникає після певної фізичної активності або тривалого стояння. Точні механізми формування цього симптому на сьогодні невідомі.

Відчуття набрякості. Це не видимий набряк, характерний для стадії С3, а мікронабряки в підшкірній жировій клітковині та м'язах, зумовлені порушеннями мікроциркуляції.

Судоми. Виникають у литкових м'язах переважно вночі. Найчастіше на судоми скаржаться жінки. Причиною може бути нейропатія внаслідок запального характеру ХЗВ.

Сверблячка. Цей симптом зумовлений застійним дерматитом унаслідок венозної гіпертензії, посилюється ввечері й уночі.

Симптом неспокойних ніг. Виникає наприкінці робочого дня, коли пацієнти приймають горизонтальне положення. Цей симптом пов'язують з подразненням аферентних нервових волокон дилатованими венами.

Відчуття поколювання. Цей симптом пояснюють наявністю периферичної нейропатії унаслідок венозної гіпертензії і запального процесу.

Відчуття дифузного жару. Найчастіше виникає в теплу пору року і також зумовлене нейропатією.

Важливо розуміти, що всі зазначені симптоми не є патогномічними для ХЗВ. Ще один момент, який необхідно врахувати, – відсутність чіткої кореляції між суб'єктивними симптомами і тяжкістю захворювання. Скарги можуть бути значно вираженими на стадії С0 і водночас бути відсутніми на стадії С2, коли вже є помітна варикозна деформація вен нижніх кінцівок. Відсутність суб'єктивних симптомів не означає відсутності ХЗВ і того, що пацієнтові не показано оперативне лікування.

У консенсусі наголошено, що проблема оцінки суб'єктивних симптомів ХЗВ далека від вирішення і оптимальна шкала для цього досі не запропонована. Такий стан речей і є однією з основних причин розбіжностей у поширеності ранньої стадії ХЗВ у різних регіонах світу. Шкала VCSS малопридатна, оскільки враховує тільки вираженість болю. Далека від ідеалу і шкала CEAP. Більш підходящою, хоча й не ідеальною, є шкала VCSSymQ, що дає змогу оцінювати вплив симптомів ХЗВ на якість життя.

На продовження теми ранньої діагностики ХЗВ професор І.М. Гудз надав результати власного дослідження, проведеного ще до появи консенсусу SYM-VEIN. Учасниками дослідження стали студенти останнього курсу медичного університету віком 22-27 років. Вони заповнювали анкети, що склалися з трьох частин, одна з яких

стосувалася суб'єктивних венозних симптомів, друга – об'єктивних (за результатами самостійного обстеження), третя – знань студентів щодо проблеми ХЗВ. Метою дослідження було визначення поширеності ХЗВ у молодій когорти, а також оцінка готовності студентів, більшість з яких незабаром мали стати лікарями загальної практики, до виявлення і ведення пацієнтів з ХЗВ.

В анкетуванні взяли участь 320 студентів. Лише у 17% з них не було скарг, характерних для ХЗВ. Майже дві третини опитаних із різною частотою відчували біль у ногах. Також досить частими скаргами були скутість, важкість, нічні судоми, набрякність, свербіж, синдром неспокойних ніг. За результатами самообстеження, С0 стадія ХЗВ була наявна в 61% респондентів (C0s – у 44%), C1 – у 33%, C2 – у 3,8%.

Цікаво, що лише 2% осіб з групи C0s розглядали свої симптоми як прояв якогось захворювання. Натомість 55% опитаних

були готові пройти ультразвукове обстеження вен. 12% осіб указали, що ці симптоми вимагають корекції способу життя, і понад 30% були готові приймати якісь лікарські засоби, щоб вплинути на симптоми. У групі C1 22,5% студентів вважали, що виявлені ретикулярні вени й телеангіектазії не є проявом захворювання. Третина опитаних вважала за доцільне провести корекцію способу життя. Близько 10% вказали на готовність до проведення склеротерапії, оскільки вважали зазначену проблему косметичним дефектом.

У групі C2 практично всі студенти розглянули можливість носіння компресійного трикотажу, всі вважали за необхідне пройти ультразвукове обстеження і не виключали можливості проведення оперативного втручання в майбутньому. Закономірною, що учасники групи C2 більш серйозно цікавилися проблемою ХЗВ і продемонстрували загально вищий

рівень знань. Відповідаючи на запитання «які флеботоніки вам знайомі?», понад 56% вказали Детралекс. Майже 67% студентів відзначили, що вважають за доцільне проведення таких скринінгових програм серед студентів у подальшому, в тому числі для поглиблення знань щодо проблеми ХЗВ. Результати описаного вище дослідження свідчать про значні прогалини в знаннях студентів останнього курсу щодо діагностики та лікування ХЗВ, а також про необхідність приділяти більше уваги цій проблемі в процесі навчання молодих лікарів.

Міжнародна зустріч флебологів виявилася дуже насиченою інформаційно. В наступних випусках ми продовжимо висвітлення цього заходу й розповімо про обговорення на зустрічі сучасних підходів до хірургічного та медикаментозного лікування ХЗВ.

Підготувала **Наталія Міщенко**

3v

НАЙПОТУЖНІШИЙ ВЕНОТОНІК^{1,2}

* **ЛІДЕР В УКРАЇНІ І В СВІТІ**

Висновок зроблено на підставі даних досліджень: 1. Albert FA. Meta-analysis of the impact of the principal venoactive drugs agents on malleable venous edema // Int Angiol – 2012. – 31 (4) – P.310-315. 2. Cospile M, Dominci A. Cospile M, Dominci A. Double blind study of the pharmacodynamic and clinical activities of 500mg SE in venous insufficiency. Advantages of the new micronized form // Int Angiol – 1989 – 8. – P.61-65. Лідер в Україні у роздрібних продажах за АТС-класом C05C серед твердих пероральних форм у грошовому виміренні згідно з аналітичними даними Promta Research. MAT March 2017. 16 препаратів зареєстрованих як лікарські засоби (за запитом); лідер в світі у роздрібних продажах згідно аналітичних даних IMS Worldwide 53 countries. Top Product CSC. units MAT Q1 2016. Препарати зареєстровані як лікарські засоби (за запитом).

Інформація про препарат. Склад: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 500 мг мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції. Фармакологічна група. Капіляростабілізуючі засоби. Біофлавоноїди. Діосмін, комбінації. Код АТХ C05C A53. Показання. Симптоматичне лікування венолімфатичної недостатності (важкість у ногах, біль, нічні судоми, набряки, трофічні порушення, включаючи варикозні виразки). Симптоматичне лікування геморою. Спосіб застосування та дози. Для перорального застосування. Призначається дорослим. Венолімфатична недостатність. Рекомендована доза становить 2 таблетки на добу: 1 таблетка – вранці та 1 таблетка – ввечері під час їди. Після тижня застосування можна приймати 2 таблетки на добу одноразово під час їди. Гемороїдальна хвороба. Лікування епізодів гострого геморою: по 6 таблеток на добу лікарського засоби при гострому геморої не заміняти специфічної терапії та не переключатися на лікування інших проктологічних захворювань. У разі якщо упродовж короткого курсу лікування симптоми не зникають швидко, слід провести проктологічне обстеження та переглянути терапію. При порушеннях венозного кровообігу більш ефективним є поєднання терапії з дотриманням таких рекомендацій щодо способу життя: уникати застоя довшого знаходження на сонці, тривалого перебування на ногах, надлишкової маси тіла; ходити пішки та у деяких випадках носити спеціальні панчохи для покращення кровообігу. Застосування у період вагітності або годування груддю. Вагітність. Вагітним жінкам Детралекс® слід застосовувати з обережністю. Перед застосуванням проконсультуйтеся з лікарем. Дослідження не виявили тератогенної дії препарату, про побічні ефекти не повідомлялося. Годування груддю. Через відсутність даних щодо його проникнення у грудне молоко застосування у період годування груддю необхідно уникати. Побічні реакції. Часто: діарея, диспепсія, нудота, блювання. Рідко: запаморочення, головний біль, нездужання, свербіж, висипання, кропив'янка. Нечасто: копіт. Частота невідома: зольовий набряк обличчя, губ, повік. У виняткових випадках – набряк квітки. Біль в абдомінальній ділянці. Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами. Дослідження щодо впливу флавоноїдної фракції на здатність керувати автотранспортом або працювати з іншими механізмами не проводились. Однак, відповідно до загального профілю безпеки флавоноїдної фракції Детралекс®, не впливає або має незначний вплив на цю здатність. Передозування*. Упаковка. По 15 таблеток у блистері; по 2 або 4 блистери в коробці. Категорія відпуску. Без рецепта. Заявник. ЛС ЛАБОРАТУАР СЕРВІС Les Laboratoires Servier.

* Детальна інформація викладена в інструкції з медичного застосування препарату від 11.01.2016. №6, P/n № UA/4329/01/01.

Інформація для медичників і фармацевтичних працівників, для розміщення у спеціалізованих виданнях для медичних закладів та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

Імпортер: Товариство з обмеженою відповідальністю «Сервіс Україна»: 01054, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 24. Тел.: (044) 490-34-41, факс: (044) 494-14-96.

Copyright © 2017 рік. ТОВ «Сервіс Україна». Всі права захищені.

www.varicosu-net.com

SERVIER
www.servier.ua