

Л.М. Чернуха, д. мед. н., професор, головний науковий співробітник відділу хірургії магістральних судин ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова» НАМН України, м. Київ

Хронічні захворювання вен нижніх кінцівок і таза

Дані всеукраїнського епідеміологічного дослідження «ДЕТЕКТ 1000»

Продовження. Початок на стор. 15.

Результати всеукраїнського епідеміологічного дослідження «ДЕТЕКТ 1000»

Загальна характеристика пацієнтів

Загалом у дослідженні було включено 4810 пацієнтів, серед яких було 3440 (78%) осіб жіночої статі й 1370 (22%) – чоловічої. Вікові категорії різнилися. Більшість досліджуваних (59,5%) були віком ≥ 50 років. Вікові межі 36–49 років склали 25,7% пацієнтів. Решта досліджуваних (14,8%) були більш молодого віку (18–35 років).

Згідно з даними дослідження, 26,7% пацієнтів мали ІМТ ≥ 30 кг/м². Майже 62% пацієнтів вказали, що мають захворювання вен у родині, при цьому у 70,7% з них на захворювання вен страждала мати. При цьому 28,8% пацієнтів мали порушення з боку опорно-рухового апарату (ОРА). У 45,6% пацієнтів констатовано малорухливий спосіб життя (≥ 7 год перебувають у статичному положенні). Тромботичні ускладнення в анамнезі мали 18% пацієнтів; 10,6% осіб вказали на наявність запальних захворювань статевої системи в анамнезі; 3,3% досліджуваних мали безпліддя.

Майже 89% досліджуваних жінок народжували. Середня кількість пологів дорівнювала 1,7 (середнє відхилення (СВ) складало 0,7). 7,7% жінок приймали проти-заплідні таблетки.

ХЗВ: скарги, симптоми, ознаки, клінічні класи згідно із класифікацією CEAP

Основними скаргами пацієнтів були важкість (93%), біль у ногах (83%), варикозні вени (78%), відчуття розпирання (77%), набряклість кінцівок (70%) (рис. 1).



Рис. 1. Скарги пацієнтів із ХЗВ

Крім того, 67 і 74% пацієнтів зазначили, що прояв скарг був найбільш вираженим після тривалого перебування «на ногах» та наприкінці дня відповідно. Скарги виникали часто у 52% пацієнтів, тоді як 13% постійно відчували неприємні відчуття в ногах.

Результати оцінки вираженості болю, важкості в ногах та відчуття розпирання за 10-бальною ВАШ представлені на рис. 2. Біль, важкість у ногах, розпирання були помірними, але заважали фізичній активності.

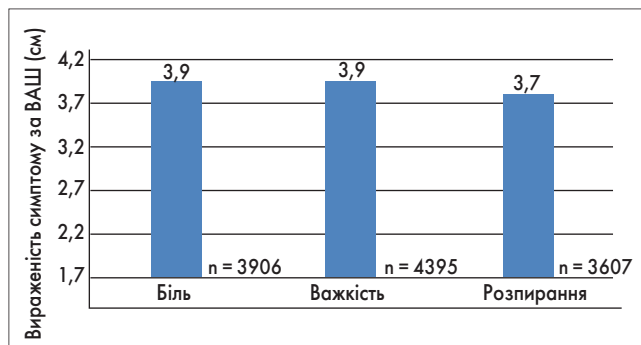


Рис. 2. Вираженість болю, важкості в ногах, розпирання за ВАШ

Розподіл пацієнтів за клінічними класами згідно із класифікацією CEAP представлений у табл. 1*. Кількість пацієнтів, які мали лише симптоми ХЗВ без видимих ознак (C0), становила 1,7%. Більшість пацієнтів (77,1%) мали C1–C3 клінічні класи ХЗВ. У 7,4% пацієнтів виявлено трофічні венозні виразки – загоєні C5 (4,2%) та активні C6 (3,2%). Це доволі висока частка пацієнтів із тяжкими C5–C6 клінічними класами порівняно з даними міжнародного проспективного епідеміологічного дослідження Vein Consult Program (C5–C6 становили 2,1%) [12].

Це свідчить про необхідність ранньої діагностики ХЗВ, з обов'язковим залученням лікарів загальної практики та сімейної медицини.

Фактори ризику ХЗВ

У дослідженні було статистично доведено вплив на прогресування ХЗВ таких факторів ризику, як ожиріння, спадковість, порушення з боку ОРА, малорухливого способу життя ($p < 0,001$), паління ($p < 0,022$), а також наявності в анамнезі венозних тромбозів ($p < 0,001$).

У жінок статистично доведено вплив прийому проти-заплідних засобів, акту пологів та кількості пологів на прогресування ХЗВ ($p < 0,001$).

Супутні захворювання Синдром тазового повнокрів'я

Серед 4810 опитаних пацієнтів із ХЗВ нижніх кінцівок 16% (763 пацієнти) акцентували увагу на тому факті, що впродовж останніх 6 міс їх турбували болі у тазовій ділянці, 86% із них склали жінки, 14% – чоловіки (табл. 2).

Як серед жінок, так і серед чоловіків більшість (55 і 61% відповідно) були віком ≥ 50 років. Але у віковій групі 36–49 років співвідношення складало 29 і 27% відповідно. Тобто можна спостерігати вікову залежність, яка проявляється зростанням симптомів із віком приблизно ідентично в обох статевих групах. Біль був пов'язаний зі статевим актом у 17% досліджуваних, із фізичними навантаженнями – у $\geq 70\%$ пацієнтів. 76% пацієнтів жіночої статі з тазовим болем мали C2–C4 стадію ХЗВ. Лише 10% жінок консультувалися з приводу тазового болю з гінекологом (урологом) у минулому. При порівнянні факторів ризику виникнення ХЗВ і СТВП передфактори були практично ідентичні, що вказує на однаковий патогенез захворювання.

Геморой

16,1% пацієнтів із ХЗВ відповіли, що впродовж останніх 3 міс їх турбували неприємні симптоми в анальній ділянці. 26,8% пацієнтів мали початкову I стадію геморою, решта пацієнтів (73,2%) – II–IV стадії, що супроводжуються частковим або повним випадінням вузлів (табл. 2). Але лише половина (54,5%) із цих пацієнтів консультувалися в лікаря з приводу геморою в минулому.

ХЗВ із супутнім синдромом тазового повнокрів'я та гемороєм

Серед обстежуваних 5% пацієнтів мали скарги в анальній ділянці та тазові порушення (80% жінок і 20% чоловіків), тобто мали три патології одночасно – ХЗВ, тазові болі й гемороєм (табл. 2).

Лікування в минулому

Вивчення анамнестичних даних щодо лікування ХЗВ у минулому показало, що оперативні втручання були виконані у 14% хворих, але практично у 40% обстежуваних не проходило відчуття болю в оперованій кінцівці або біль з'явився через 2 роки після оперативного лікування у 42% пацієнтів (рис. 3).

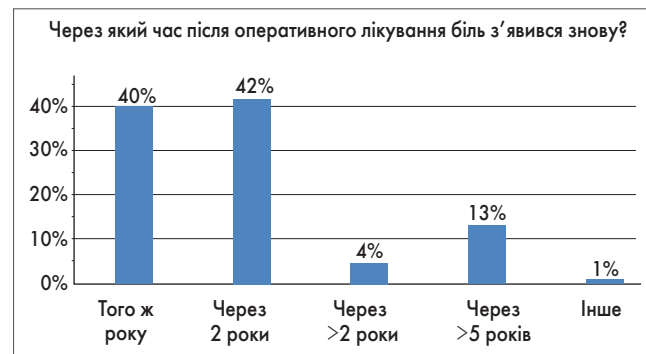


Рис. 3. Час виникнення болю після оперативного лікування

Тобто, згідно з даними епідеміологічного дослідження «ДЕТЕКТ 1000», скарги пацієнтів на виникнення симптомів відзначалися незалежно від проведеного оперативного лікування.

Лікування

Спираючись на власний клінічний досвід, чинні рекомендації з лікування хворих на ХЗВ та з огляду на індивідуальні особливості пацієнта, лікар-дослідник призначав лікування кожному досліджуваному. Отже, загальні

Таблиця 2. Наявність супутніх захворювань	
Синдром тазового повнокрів'я	763 (16%)
Жінки:	657 (86%)
18-35 років	108 (16,4%)
36-49 років	187 (28,5%)
≥ 50 років	362 (55,1%)
Чоловіки:	106 (14%)
18-35 років	12 (11,3%)
36-49 років	29 (27,4%)
≥ 50 років	65 (61,3%)
Розподіл згідно із класифікацією CEAP у жінок	657
C0	16 (2,4%)
C1	95 (14,5%)
C2	190 (28,9%)
C3	225 (34,2%)
C4	86 (13,1%)
C5	29 (4,4%)
C6	16 (2,4%)
Геморой	773 (16,1%)
Жінки	540 (69,9%)
Чоловіки	233 (30,1%)
Розподіл хворих за стадіями геморою	610 (79%)
I стадія	164 (26,8%)
II стадія	319 (52,4%)
III стадія	115 (18,8%)
IV стадія	12 (2,0%)
ХЗВ + синдром тазового повнокрів'я + гемороєм	251 (5,2%)
Жінки	200 (79,7%)
Чоловіки	51 (20,3%)

рекомендації щодо зміни способу життя отримали 89,7% пацієнтів, місцеве лікування та знеболювальні засоби – 56 та 16% відповідно.

Слід зазначити, що згідно з діючими клініко-практичними рекомендаціями [13] у якості медикаментозної терапії експерти радять застосовувати системні веноактивні препарати. А саме – оригінальну мікронізовану очищену флавоноїдну фракцію (МОФФ). Рекомендації щодо застосування МОФФ базуються на достовірних даних її ефективного впливу, який чітко переважає ризики, а також на доказах щодо доцільності її використання для полегшення венозних симптомів у хворих класів C0–C6, у тому числі з набряками. Оригінальну МОФФ також рекомендується застосовувати як додатковий засіб при лікуванні венозних трофічних виразок.

Отже, у нашому дослідженні майже всі пацієнти ($n=4809$) отримали веноактивний препарат. Зважаючи на свій клінічний досвід та керуючись діючими рекомендаціями, лікарі-дослідники призначили оригінальну МОФФ (Детралекс® 1000 мг на добу) 4771 пацієнту (99,2%). 4655 пацієнтів (97,6%) у цьому дослідженні виконували призначення лікаря. Слід зауважити, що прихильність до лікування була доволі високою. Вона стала можливою завдяки зручному режиму дозування оригінальної МОФФ 1000 мг в 1 таблетці, яку приймають 1 раз на добу (Детралекс® 1000 мг). Термін призначення визначався лікарем залежно від показань та перебігу захворювання.

Через 1 міс лікар проводив огляд пацієнта й оцінював його стан, а саме вираженість болю, важкості в ногах та розпирання за ВАШ. Уже через 1 міс лікування МОФФ 1000 мг на добу було продемонстровано зменшення болю в ногах на 50% порівняно з вихідними даними (за ВАШ). Важкість у ногах та розпирання зменшилися на 51 та 54% відповідно ($p < 0,001$; рис. 4). Майже всі пацієнти (99,85%) добре перенесли прийом препарату. Серед зареєстрованих побічних реакцій: біль у шлунку (4), дискомфорт у шлунку (1), нудота (1), свербіж (1), висипання (1) та головний біль (1).

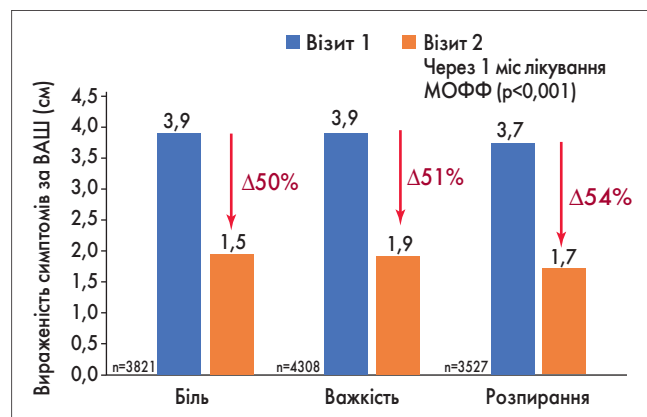


Рис. 4. Динаміка вираженості симптомів через 1 міс лікування

* Дані табл. 1 представлені в повній версії статті на сайті <https://health-ua.com>.

У подальшому хворим на ХЗВ було рекомендовано продовження лікування на період до 2-3 місяців.

Слід зауважити, що висока ефективність препарату Детралекс® 1000 мг зумовлена його оригінальним складом активних мікронізованих речовин (діосмін, гесперидин, ізоройфолін, лінарин, діосметин), які забезпечують комплексну дію препарату. Процес мікронізації флавоноїдів дуже важливий для забезпечення всмоктування діючої речовини та гарантування комплексної дії. Дані дослідження, в якому вивчали й порівнювали оригінальну технологію мікронізації препарату Детралекс® та технології мікронізації препаратів двох українських виробників показали різницю в кількості мікронізованих гранул розміром 1-5 мкм [14]. Так, Детралекс® містить у своєму складі 93% мікронізованих гранул розміром від 1 до 5 мкм на відміну від досліджуваних препаратів (10-13%). Застосування саме Детралексу забезпечує венотонічну та ангіопротекторну дію, зменшення розтяжності вен та веностазу, покращення мікроциркуляції, зниження проникності капілярів та підвищення їх резистентності, а також поліпшення лімфатичного дренажу та збільшення лімфатичного відтоку [15].

Обговорення

Як показують наукові дані та клінічна практика, розвиток ХЗВ нижніх кінцівок є наслідком патологічної венозної гіпертензії. Макрогемодинамічні зміни, пов'язані з виникненням клапанної неспроможності в поверхневих (глибоких) венах, ініціюють каскад запальних реакцій [16]. У свою чергу, ініційоване венозною гіпертензією запалення виступає ключовим фактором для пролонгації розвитку патологічних процесів, які клінічно проявляються симптомами та ознаками захворювання.

Незважаючи на високу поширеність ХЗВ, незаперечним є той факт, що понад 75% дорослих мають характерні венозні симптоми, причиною яких не завжди є ХЗВ нижніх кінцівок. Ці симптоми можуть бути «міксовими» та ініціюватися або потенціюватися іншими супутніми захворюваннями. У свою чергу, згідно з даними досліджень, 19% пацієнтів (тобто кожен п'ятий пацієнт) на стадії C0s мають виражений больовий синдром без клінічних ознак. Тому у клінічній практиці нерідко трапляються ситуації, коли виконання коригуючої операції на поверхневій венозній системі при «первинному варикозі» (C2s) позбавило пацієнта лише видимих проявів, тобто ознак, варикозу, а симптоми важкості, пастозності та болю в оперованій кінцівці залишилися (не були враховані супутні захворювання). Поширеною також є ситуація, коли лікар не реєструє навіть початкових ознак ХЗВ, а результати інструментального дослідження венозної системи нижніх кінцівок реєструють незначний рефлюкс у поверхневій венозній системі наприкінці робочого дня, після статичних навантажень, тоді як молода пацієнтка скаржить на постійні біль і важкість у нижніх кінцівках. Такі пацієнти можуть потребувати додаткового, патогенетично спрямованого консервативного лікування.

Наводячи дані клінічні приклади, слід акцентувати на наступному:

- По-перше, необхідно враховувати клінічний статус з усіма скаргами, що пред'являються пацієнтом, але при цьому брати до уваги те, що пацієнт не завжди може правильно сформулювати свої скарги або знайти правильні слова для їх інтерпретації [16].

- По-друге – наявність коморбідності. Не завжди симптоми, характерні для ХЗВ, є «монопатогномічними». Вони можуть бути проявом й інших патологічних станів, таких як захворювання ОРА, у т.ч. із наявністю спинномозкових кил, нейроендокринних порушень, супроводжувати ожиріння тощо.

- По-третє – наявність факторів ризику, які свідчать на користь ХЗВ, але водночас є характерними для інших патологічних станів і впливають на прогресування захворювання.

Адже, як показують результати досліджень, часто пацієнти мають характерні ознаки захворювання, але не мають симптомів або просто не виділяють їх. Можна припустити, що стадія виражених симптомів була упущена. Так, наприклад, при розвитку варикозної деформації вен саме на стадії розтягнення венозної стінки втрачається активність ноцицепторів, які інтенсивно реагують на розтягнення саме на початкових стадіях захворювання [16]. У свою чергу, виявлення взаємозв'язку між симптомами та доказами їх виникнення із розвитком ХЗВ нижніх кінцівок є дуже важливим саме на ранніх стадіях захворювання, коли зовнішніх ознак ХЗВ немає, а симптоми часом виражені більше, ніж при тяжкій хронічній венозній недостатності нижніх кінцівок. Отже, важливість виявлення симптомів незаперечна: не слід чекати появи ознак, необхідно призначити патогенетичне лікування.

Висновки

- Як свідчать дані попередніх досліджень «Vein Consult Program» (Українська частина, VCP 2011), 8 із 10 пацієнтів на прийомі у лікаря-терапевта страждають на ХЗВ. Дані всеукраїнського багаточентрового

епідеміологічного обсерваційного дослідження «ДЕТЕКТ 1000» підтверджують актуальність проблеми ХЗВ.

- Згідно з даними дослідження «ДЕТЕКТ 1000», супутня патологія у вигляді тазового болю виявлена у 16% опитуваних пацієнтів із ХЗВ нижніх кінцівок. Згідно зі статевим розподілом, 8 із 10 опитуваних склали особи жіночої статі.
- Попри наявність сучасних можливостей у діагностиці та лікуванні флебологічних хворих, залишається високою частка пацієнтів із тяжкими формами ХЗВ – 51%, у т.ч. із венозними трофічними виразками – 7,4%. Це вказує на необхідність раннього скринінгу пацієнтів із ХЗВ, зокрема із залученням лікарів загальної практики та сімейної медицини, які мають направляти таких пацієнтів до спеціалістів для надання коректної допомоги та призначення патогенетичного лікування, особливо на початкових стадіях.
- При порівнянні факторів ризику виникнення ХЗВ і СТВП передфактори, або фактори ризику, були практично ідентичні, що може свідчити на користь можливості застосування патогенетично обгрунтованого лікування в подальшому, у т.ч. і медикаментозного.
- Призначення медикаментозного лікування у вигляді МОФФ 1000 мг (Детралекс® 1000 мг) вже через 1 міс достовірно зменшувало вираженість болю, важкості та відчуття розпирання в ногах на 50, 51 та 54% відповідно (p<0,001). Майже всі пацієнти (99,85%) добре переносили прийом препарату Детралекс® 1000 мг,

а завдяки добовій дозі, що становить 1 таблетку, прихильність пацієнтів до лікування була доволі високою.

Література

1. Branisteanu D.-E., Feodor T. et al. Impact of chronic venous disease on quality of life: Results of vein alarm study. *Experimental and Therapeutic Medicine*. 1091-1096. 2018. <https://doi.org/10.3892/etm.2018.7054>.
2. Beebe-Dimmer J.L., Pfeifer J.R., Engle J.S. et al. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Ann Epidemiol*. 2005 Mar;15(3):175-84. doi:10.1016/j.annepidem.2004.05.015.
3. Chernukha L. et al. Epidemiological aspects of comorbidity of lower limbs chronic venous disease (cvd) and haemorrhoids: the results of DETECT-Duo // *Int Angiol.* – April 2016 – Vol. 35 – Suppl. 1 to No. 2 – P. 83.
4. Durham J.D., Machan L. Pelvic Congestion Syndrome. *Semin Intervent Radiol*. 2013;30:372-380. doi: 10.1055/s-0033-1359731.
5. Meneses L. et al. Embolization of incompetent pelvic veins for the treatment of recurrent varicose veins in lower limbs and pelvic congestion syndrome. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2013; 36:128-132. doi: 10.1007/s00270-012-0389-x.
6. Riding D.M., Hansrani V., McCollum Ch. Pelvic vein incompetence: clinical perspectives. *Vasc Health Risk Manag*. 2017; 13: 439-447. doi: 10.2147/VHRM.S132827.
7. Oliveira F.A.C. et al. Treatment of pelvic congestion associated with varicose veins of the lower limbs: report of a small number of cases. *Jornal Vascular Brasileiro*. 2012; 11:62-66. doi.org/10.1590/S1677-54492012000100011.
8. Ignacio E.A., Dua R., Sarin S. et al. Pelvic congestion syndrome: diagnosis and treatment. *Semin Intervent Radiol*. 2008;25:361-368. doi: 10.1055/s-0028-1102998.
9. Park S.J., Lim J.W., Ko Y.T. et al. Diagnosis of pelvic congestion syndrome using trans-abdominal and transvaginal sonography. *AJR Am J Roentgenol*. 2004;182(3):683-688. doi: 10.2214/ajr.182.3.1820683.
10. Chernukha L., Guch A., Vlasenko O., Vlaykov Y., Bobrova A. Pelvic congestion syndrome as a predisposing factor of «Two level» varicose vein development. *J Acta Phlebologica*. 2018 December;19(3):80-6. DOI: 10.23736/S1593-232X.18.00417-4.
11. Nicolaidis A. et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Part II. *J. International Angiology*. 2020; June; 39(3):175-240 // DOI: 10.23736/S0392-9590.20.04388-6.

Повний список літератури знаходиться в редакції.
Повна версія статті – на сайті <https://health-ua.com>.

ДЕТРАЛЕКС®

1000 МГ



Для лікування¹

- варикозної хвороби
- геморою

ЕФЕКТИВНО* • ШВИДКО* • ЗРУЧНО*

www.servier.ua www.detralex.ua www.varicosu-net.com



Під висновком «для лікування варикозної хвороби, геморою» ми маємо на увазі симптоматичне лікування венолімпатичної недостатності при варикозній хворобі та симптоматичне лікування геморою.

1. Детальна інформація викладена в інструкції для медичного застосування препарату Детралекс® 1000 мг Р/л МКА/4329/01/02.

* Висновок зроблено на підставі досліджень: 1. Amel R, Barbe M. Pharmacodynamic properties and therapeutic efficacy of Dabfon 500 mg (Phlebology 1992; 11(2):41-44). Оцінюваний препарат Детралекс статистично перевищує по ефективності та безпеці лікування препаратом Детралекс® 1000 мг (Phlebology 2016; 35(3):372-380). 2. Показано статистично значуще покращення якості життя пацієнтів із венозною недостатністю нижніх кінцівок при лікуванні препаратом Детралекс® 1000 мг (Phlebology 2016; 35(3):372-380). 3. Показано статистично значуще покращення якості життя пацієнтів із венозною недостатністю нижніх кінцівок при лікуванні препаратом Детралекс® 1000 мг (Phlebology 2016; 35(3):372-380). 4. Цілієвич К. та ін. Клінічне дослідження ефективності мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції у таблетці 1000 мг проти 2х таблеток 500 мг у варикозній хворобі та геморої. *Світська Медика Research and Opinion* ISSN 0302-7995 (Print) 1473-4877 (Online). Journal homepage: <http://www.servier.com/uk/medico>.

Для отримання повної інформації щодо показань, протипоказань, побічних ефектів, особливостей застосування та інших важливих аспектів, будь ласка, зверніться до представників компанії «Сервієр». Матеріал призначений для розповсюдження на симпозіумі, конференції, симпозіумі з медичної тематики.

Інформація для професійної діяльності спеціалістів охорони здоров'я.
Виробник: ТОВ «Сервієр Україна», м. Київ, вул. Найбільшого Християнства, 41. Тел.: (044) 490-34-41.
Сервієрні © 2020 ТОВ «Сервієр Україна». Усі права захищені.

Для додаткової інформації відвідайте сайт:
www.servier.ua, www.detralex.ua

Фото: з фотобанку.
080877_02_19/20_ua

