

А. Джавьєн, д. мед. н., професор кафедри судинної хірургії та ангіології Університету Миколи Коперника, м. Торунь, Польща
Л.М. Чернуха, д. мед. н., професор, віце-президент Асоціації судинних хірургів, флебологів та ангіологів України, головний науковий співробітник Національного інституту хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Набряк з клінічної точки зору

За матеріалами конференції

На початку осені, 8-9 вересня 2021 року відбулася найбільша подія для спільноти судинних хірургів, флебологів та ангіологів України – конференція «Сухаревські читання: судинна хірургія, флебологія та ангіологія в епоху COVID-19». У секції «ХЗВ нижніх кінцівок і проблематика набряків» виступив президент Товариства судинних хірургів Польщі, професор кафедри судинної хірургії та ангіології Університету Миколи Коперника (Польща), доктор медичних наук Аркадіуш Джавьєн.

Ключові слова: набряк, хронічні захворювання вен, компресійна терапія, веноактивні препарати, комбінація іглиці колючої, гесперидину метилхалькону та аскорбінової кислоти (Цикло 3 Форт).

Професор А. Джавьєн наголосив, що набряк є надзвичайно актуальною проблемою сьогодення. Це явище може бути як обмеженим і майже непомітним, так і надзвичайно поширеним процесом, що охоплює всю кінцівку. Набряк є ознакою багатьох патологічних станів, тому він потребує ретельної діагностики й, відповідно, призначення правильного лікування. Для кращого розуміння того, яка клінічна проблема лежить в основі набряку, необхідно ретельно зібрати анамнез пацієнта, оцінити його поточний стан, проаналізувати гострий чи хронічний процес. Інструментальні дослідження дозволять доповнити клінічну картину.

Клінічне опитування пацієнта як початковий етап діагностики має на меті (Priollet P., 2006; Gasparis A.P. et al., 2020):

- зібрати попередній анамнез захворювання;
- визначити тривалість набряку: гострий (<72 год), підгострий (72 год – 3 міс) або хронічний (>3 міс);
- оцінити фактори схильності.

При клінічному огляді потрібно оцінити характер набряку й ступінь його тяжкості, а саме (Priollet P., 2006; Gasparis A.P. et al., 2020):

- ізольований чи дифузний;
 - болісний чи безболісний;
 - односторонній, двобічний симетричний чи асиметричний;
 - стійкість набряку й будь-які його зміни залежно від положення тіла або часу доби;
 - ознаки тромбоемболічної хвороби.
- Серед найбільш поширених причин дифузних набряків виділяють наступні (Priollet P., 2006):
- серцева недостатність;
 - печінкова недостатність;
 - порушення функції нирок (особливо нефротичний синдром).

Щодо ізольованого набряку (обмеженого нижніми кінцівками), то його етіологічні чинники можуть включати (Priollet P., 2006):

- інфекцію (бешиха);
 - захворювання вен;
 - лімфедему;
 - ліпедему;
 - інші причини (наприклад, хвороба Лайма, артеріїт, саркома м'язів).
- Окремо спікер виділив етіологію набряку венозного походження, який може розвиватися внаслідок (Priollet P., 2006):
- первинної хвороби поверхневих та/або глибоких вен;

- венозного тромбозу, а пізніше – пост-тромботичного синдрому;
- перешкоди венозному поверненню (наприклад, синдром Мея – Тернера);
- венозної мальформації (наприклад, синдром Кліппеля – Треноне).

Іноколи важко розрізнити набряки венозного та лімфатичного походження, тому важливо проводити **диференціальну діагностику** цих двох патологічних станів (табл. 1). Натомість наявність у пацієнта хронічного периферичного набряку може свідчити про поєднання цих двох причин.

Професор А. Джавьєн навів дані публікації А.Р. Gasparis та співавт. (2020), у якій міститься деталізований перелік причин набряків нижніх кінцівок (табл. 2), що може полегшити диференціальну діагностику гострих, підгострих та хронічних одно- й двосторонніх набряків.

Доповідач наголосив, що набряковий синдром венозного походження (С3 за СЕАР) значно погіршує якість життя пацієнтів, адже він є не лише однією з ознак захворювання, а й може супроводжуватися такими вкрай дискомфортними симптомами, як поколювання,



А. Джавьєн



Л.М. Чернуха

ниючий біль, відчуття набрякості, пульсації, важкості, печіння нижніх кінцівок, судоми м'язів, свербіж шкіри, слабкість у нижніх кінцівках, синдром «непокійних ніг» (Eklöf B. et al., 2008; Lurie F. et al., 2020).

Набряк, з огляду на клінічну складову класифікації СЕАР (2020), є однією з проміжних стадій хронічних захворювань вен (ХЗВ), але він може проявлятися й на інших стадіях цього захворювання, що було доведено у клінічних дослідженнях (табл. 3).

Для оцінки вираженості набряку, крім візуальних, числових шкал та опитувальників, які не завжди є специфічними для визначення набряку, професор запропонував використання волюметричних досліджень. Якщо оцінка набряку за допомогою витиснення води потребує наявності певного обладнання, то рулеткове вимірювання, а тим паче використання пристрою Leg-O-Meter дозволяють визначити вираженість набряку й стежити за ним у динаміці.

Професор А. Джавьєн та співавт. (2003) провели багатоцентрове дослідження (n=40095) з метою вивчення поширеності ХЗВ серед чоловіків та жінок у Польщі. Згідно з результатами, скарги з боку нижніх кінцівок спостерігали у 81% пацієнтів із групи варикозно розширених вен (С2), у 35% – із групи телеангіектазій або ретикулярного варикозу (С1) та у 4,5% хворих із групи набряку (С3). Крім того, автори виявили, що частіше відмічали важкість у ногах (73,7%) та набряк (56,1%) пацієнти із ХЗВ порівняно з пацієнтами без ХЗВ (23,3 та 13,3% відповідно). Тобто саме прогресування ХЗВ супроводжується набряками й дає симптоматику, яка описується терміном «відчуття важкості у нижніх кінцівках».

Дослідження, проведене Німецьким товариством флебологів (Rabe E. et al.,

Таблиця 1. Диференціальна діагностика венозних та лімфатичних набряків (Blanchemasion P., 2000)

	Венозний набряк	Лімфатичний набряк
Клінічні критерії	<ul style="list-style-type: none"> • Посилюється у теплі, при тривалому стоянні або сидінні • Полегшується після відпочинку або підняття ніг • Поширюється на голілку та стопу • «Ямковий набряк» 	<ul style="list-style-type: none"> • Посилюється при фізичних навантаженнях • Може охоплювати всю нижню кінцівку і часто утворює дорсальний горб на стопі • Позитивний тест Stemмера
	<ul style="list-style-type: none"> 1+ Заглиблення на 2 мм, ледве помітне, негайно відновлюється 2+ Заглиблення на 4 мм, відновлюється через кілька секунд 3+ Заглиблення на 6 мм, відновлюється через 10-12 секунд 4+ Заглиблення на 8 мм, відновлюється через >20 секунд 	
Інструментальні методи дослідження	<ul style="list-style-type: none"> • Моніторинг венозного тиску в амбулаторних умовах • Плетизмографія • Дуплексне сканування 	Ізотопна лімфографія

Таблиця 2. Перелік причин набряків нижніх кінцівок (Gasparis A.P. et al., 2020)

Односторонній набряк		Двосторонній набряк	
Гострий (<3 днів) та підгострий (3 дні – 3 міс)	Хронічний (>3 міс)	Гострий та підгострий	Хронічний
Односторонній тромбоз глибоких вен* Розрив кістки Бейкера Розрив м'яза нижньої кінцівки Компартмент-синдром* Внутрішньом'язова гематома Інфекція Тромбоз поверхневих вен* Пухлина Перелом Розтягнення Укуси комах/тварин	Первинне захворювання вен* Посттромботичний синдром* Компресія клубової вени* Лімфедема* Судинна мальформація* Рефлекторна симпатична дистрофія Пухлина Венозна адвентиціальна кістозна хвороба* Інфекція Статичні розлади стопи Радіація Атрофія/гіпертрофія Синдроми надмірного росту	Двосторонній ТГВ* Гостра серцева недостатність Гостра печінкова/ниркова недостатність Тромбоз нижньої порожнистої вени (НПВ) Стиснення НПВ пухлиною Прийом медикаментів Двостороння інфекція	ХЗВ/посттромботичний синдром* Легенева гіпертензія Серцева/ниркова/печінкова недостатність Ідіопатичний набряк Хронічна оклюзія НПВ, аплазія/гіпоплазія НПВ* Прийом медикаментів Ліпедема Вагітність, передменструальні набряки Ожиріння Мальабсорбція, гіпоальбумінемія Травма спинного мозку/імобілізація Статичні розлади стопи Захворювання цитоподібної залози Обструктивне апное сну

* Причини, що призводять до венозного набряку.

Таблиця 3. Клінічна складова нової класифікації СЕАР при ХЗВ (2020)

C0	Немає видимих та пальпованих ознак захворювань вен
C1	Телеангіектазії або ретикулярні вени
C2	Варикозні вени
C2r	Рецидив варикозних вен
C3	Набряк
C4	Зміни шкіри та підшкірних тканин внаслідок ХЗВ
C4a	Пігментації або екзема
C4b	Ліподерматосклероз або біла атрофія
C4c	Флебektатична корона
C5	Трофічна виразка, що зажила
C6	Відкрита трофічна виразка
C6r	Рецидив відкритої трофічної виразки

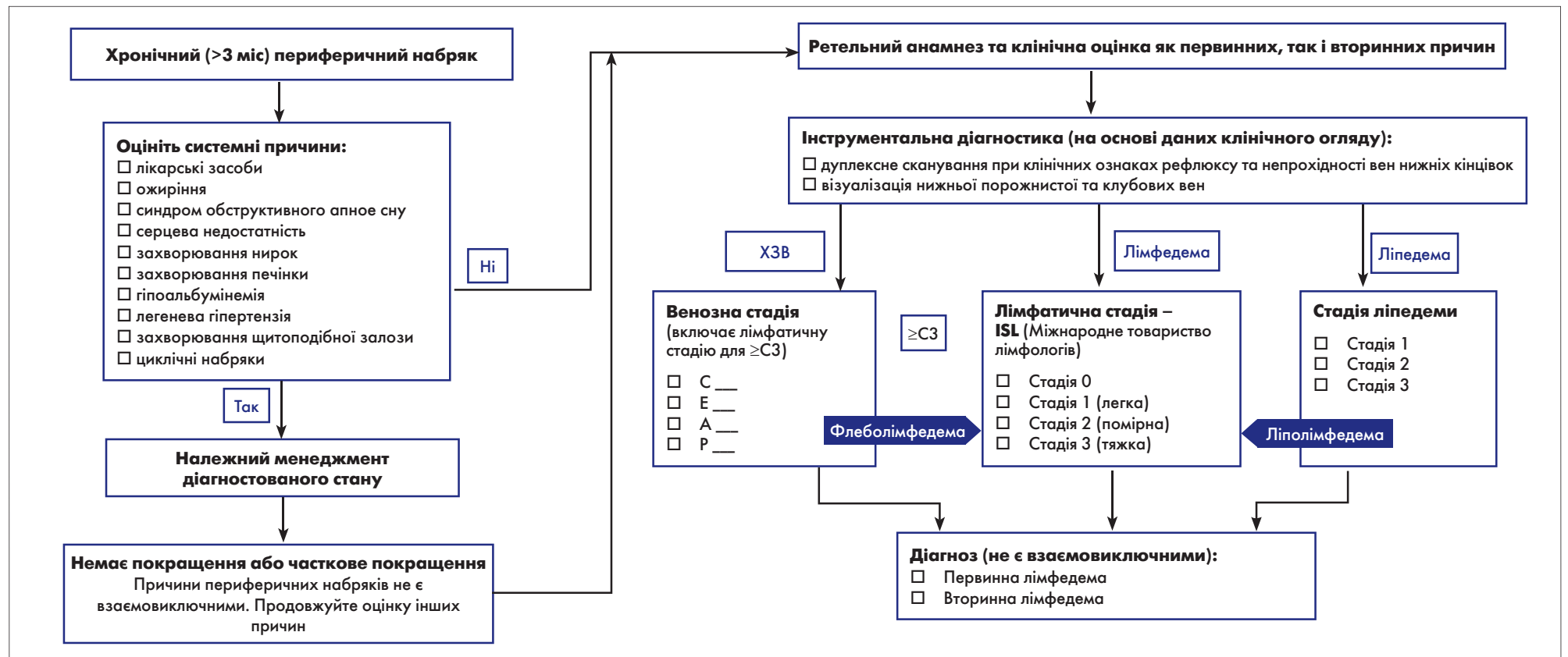


Рис. Алгоритм діагностики хронічного периферичного набряку (Gasparis A.P. et al., 2020)

2003) з метою вивчення поширеності та тяжкості хронічних венозних розладів серед міського та сільського населення країни, показало, що із 3072 учасників про набряки ніг повідомляли кожен шостий чоловік (16,2%) і майже кожна друга жінка (42,1%). Кожний другий пацієнт (56,4%) мав скарги ХЗВ за останні чотири тижні. Крім того, 59% пацієнтів мали відокремлені телеангіектатичні або сітчасті вени, 14,3% – варикозне розширення вен без подальшої ознак ХЗВ, а у 13,4% при обстеженні було виявлено претибіальний набряк, пов'язаний із венозними змінами. При цьому поширеність активних або вилікованих виразок – 0,7%.

Пізніше М. Wrona та співавт. (2015) у своєму дослідженні спробували отримати більш деталізовані дані, щоб співвіднести симптоматику та ознаки набряку. Згідно з результатами дослідження, венозні розлади супроводжуються кількома симптомами з боку нижніх кінцівок, особливо набряком, ниючим болем після тривалого перебування у вертикальному положенні, свербіжем, відчуттям важкості або набрякості. Натомість м'язові судоми та відчуття «неспокійних ніг» менше пов'язані із ХЗВ.

В алгоритмі, представленому у публікації А.Р. Gasparis (2020), докладно підсумовано особливості ведення пацієнта із хронічними периферичними набряками, що визначаються більше 3 міс (рисунок). Якщо після диференціації діагнозу й проведення первинного терапевтичного втручання покращення часткове або відсутнє, необхідно провести більш докладну оцінку з використанням інструментальних методів. При цьому слід пам'ятати, що причини периферичних набряків не є взаємовиключними.

Наприкінці доповіді професор А. Джавьєн підсумував, що набряк нижніх кінцівок – поширена й складна діагностична проблема. Відчуття набрякості може проявлятися не лише на стадії С3, а й на більш ранніх стадіях захворювання. Ретельний збір анамнезу та фізикальний огляд є важливими для диференціації набряку. Ниючий біль, відчуття набрякості та важкості в ногах є одними з найпоширеніших симптомів, які супроводжують набряк. Питання, чи варто

розглядати модифікацію С3 у класифікації СЕАР, наразі залишається відкритим.

По закінченні доповіді до обговорення долучилася **віце-президент Асоціації судинних хірургів, флебологів та ангіологів України, головний науковий співробітник Національного інституту хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, доктор медичних наук, професор Лариса Михайлівна Чернуха.**

Між професорами А. Джавьєном та Л.М. Чернухою відбулася дискусія щодо ефективності фармакологічних препаратів у полегшенні набрякового синдрому у пацієнтів із ХЗВ.

Професор Л.М. Чернуха зазначила, що у своїй клінічній практиці найбільш часто зустрічає пацієнтів із ХЗВ у поєднанні з лімфатичним компонентом. Професор поцікавилася, яку лікувальну тактику застосовує А. Джавьєн у пацієнтів зі скаргами на незначну важкість, пастозність нижніх кінцівок наприкінці дня, тобто без явних клінічних проявів, та невеликий венозний рефлюкс, виявлений інструментальними методами дослідження.

На думку професора А. Джавьєна, веноактивні препарати, що містять у своєму складі комбінацію іглиці колючої, гесперидину метилхалькону й аскорбінової кислоти (**Цикло 3 Форт**), та компресійна терапія будуть найкращим варіантом терапії у таких пацієнтів для покращення самопочуття та зменшення важкості у ногах.

Щодо ХЗВ у поєднанні з лімфатичним компонентом, то професори дійшли висновку, що поєднання компресійної терапії, лімфодренажного масажу та лікарських засобів із комбінацією іглиці колючої, гесперидину метилхалькону та аскорбінової кислоти (**Цикло 3 Форт**) є найбільш ефективним методом для полегшення симптомів у таких пацієнтів.

По закінченні секції професор А. Джавьєн відповів на запитання учасників флебологічного мітингу.

Чи потребують пацієнти з комбінованою патологією комплексного підходу до лікування набряку, чи потрібно диференціювати та лікувати кожну патологію окремо?

– Звісно, комплексний підхід є надзвичайно необхідним. Важливо ретельно збирати анамнез пацієнта з приводу його супутніх захворювань, ліків, які він приймає або приймав для їх лікування, і вже лише потім визначитися з подальшою тактикою.

Чому слід віддавати перевагу при лікуванні пацієнтів – компресійній терапії чи веноактивним препаратам?

– Перевагу слід віддавати комбінованому лікуванню. Із власної клінічної практики я спостерігаю найкращий результат при поєднанні відповідної ступеню тяжкості ХЗВ компресійної терапії та веноактивних препаратів, що містять у складі комбінацію іглиці колючої, гесперидину метилхалькону та аскорбінової кислоти (**Цикло 3 Форт**).

Підготувала **Марія Грицуля**