

Варикозная болезнь нижних конечностей. Общие вопросы диагностики и лечения

Варикозная болезнь нижних конечностей представляет собой одну из важнейших проблем современного здравоохранения.

Определение

Что же такое «варикозная болезнь нижних конечностей»? Долгие годы параллельно существовал ряд синонимов для данной нозологической единицы, и до сих пор и в ежедневной практике, и в медицинской литературе, и в различных руководствах можно встретить термины «варикозное расширение вен нижних конечностей», «варикоз нижних конечностей». Некоторые специалисты здравоохранения не совсем грамотно используют даже термин «хронический тромбоз флебит» и т. д. На сегодняшний день общепринятыми и совершенно равнозначными являются два термина: «варикозная болезнь нижних конечностей» (ВБНК) и «варикозная болезнь вен нижних конечностей» (ВБВНК).

Исходя из определения понятно, что ведущим клиническим проявлением заболевания является варикозный синдром (наличие извитых и расширенных подкожных вен). Однако не следует забывать, что варикозный синдром может сопутствовать и другим хроническим заболеваниям системы нижней поллой вены (посттромбозфлебитической болезни, ангиодисплазии). О вопросах дифференциальной диагностики более подробно будет сказано ниже.

Ориентируясь на современные тенденции в мировом здравоохранении, на новейшие представления об этиологии и патогенезе заболевания, группа ведущих российских флебологов разработала емкое определение: «Варикозная болезнь вен нижних конечностей — полиэтиологическое заболевание, в генезе которого имеют значение наследственность, ожирение, нарушения гормонального статуса, особенности образа жизни, а также беременность. Заболевание проявляется варикозной трансформацией подкожных вен с развитием синдрома хронической венозной недостаточности (ХВН)». Таким образом, варикозный синдром при ВБНК является первичным, то есть причина его развития не связана с воздействием внешних факторов (травмы, резкого нарушения венозного оттока вследствие тромбоза, аномалиями развития и т. д.), а кроется в самой сосудистой стенке и гемодинамических изменениях.

Классификация

На совещании экспертов, состоявшемся в июне 2000 года в г. Москве, были приняты Стандарты диагностики и лечения ВБНК. Исходя из этих стандартов в России сегодня используется следующая классификация, имеющая ярко выраженную тактическую направленность.

Формы варикозной болезни:

- внутрикожный и сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса;
- сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностным и/или перфорантным венам;
- распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам;
- варикозное расширение при наличии рефлюкса по глубоким венам.

Классификация хронической венозной недостаточности (В.С. Савельев, 2001):

- 0 степень — симптомы отсутствуют;
- I — синдром тяжелых ног, переходящий отек;

II — стойкий отек, гипер- или гипопигментация, липодерматосклероз, экзема;

III — венозная трофическая язва (открытая или зажившая).

Осложнения: кровотечение, тромбоз, трофическая язва (с указанием локализации и стадии раневого процесса).

На основе данной классификации врач-флеболог может четко определить лечебно-диагностическую тактику у каждого конкретного больного, что, несомненно, является огромным подспорьем в лечебной работе и позволяет оптимизировать и стандартизировать подходы к ведению подобных пациентов. Необходимо отметить, что четвертая форма ВБНК (с рефлюксом по глубоким венам) встречается не так часто, как это предполагалось ранее. Роль этого рефлюкса в патогенезе варикозной болезни многие авторы считают преувеличенной, а методы хирургической коррекции (экстравазальные спирали и т. д.) не совсем оправдали возлагавшиеся на них надежды.

На совещании экспертов также было принято решение о введении в клиническую практику Международной классификации CEAP (C — clinic, E — etiology, A — anatomy, P — pathophysiology). Однако данная классификация большинством авторов признается не совсем удобной в рутинном применении, особенно в амбулаторном звене. Ее использование в большей степени оправданно в клинических исследованиях, когда есть необходимость проанализировать большой массив данных на крупной выборке больных.

Диагностика

На основании каких жалоб клиницист может заподозрить ВБНК?

Первая форма варикозной болезни (телеангиэктазии, ретикулярный варикоз) сопровождается прежде всего жалобами на косметический дефект. В большинстве случаев, когда диагноз очевиден и при осмотре нет явных указаний на наличие более серьезной сосудистой патологии, эта группа пациентов должна направляться в специализированные учреждения для проведения вмешательств из области эстетической флебологии (компрессионной склеротерапии, лазерной и радиочастотной флебооблитерации, диатермокоагуляции и т. д.). При необходимости, если у флеболога возникают сомнения, в этих учреждениях больным проводится дообследование (ультразвуковое ангиосканирование и др.).

Тем не менее, к сожалению, большинство пациентов, особенно в системе муниципального здравоохранения, впервые обращаются к врачу уже с наличием признаков венозной недостаточности: в первую очередь отеков, чувства тяжести и распирания в икроножных мышцах, наличием варикозно измененных подкожных вен. Для ХВН характерно снижение выраженности или даже полное исчезновение симптомов при ходьбе и движениях в голеностопном суставе и, напротив, нарастание жалоб при статических нагрузках.

Инструментальная диагностика

На сегодняшний день ведущая роль, несомненно, принадлежит ультразвуковым методам.

Основные задачи ультразвуковой доплерографии (УЗДГ):

- оценка проходимости сосуда;
- определение лодыжечно-плечевого индекса;
- оценка состояния клапанного аппарата вен.

Однако нельзя забывать, что УЗДГ является не более чем скрининговым методом и позволяет только заподозрить наличие какой-либо сосудистой патологии.

Топическая диагностика заболеваний венозной системы возможна лишь с помощью ультразвукового ангиосканирования с доплерографией и цветным кодированием кровотока (УЗАС, синонимы — дуплексное и триплексное сканирование). Как правило, при исследовании сосудистого русла конечностей применяют линейные датчики с частотой 5-12 МГц.

Какая информация важна для хирурга? Во-первых, проходимость глубоких и поверхностных вен. Необходимо на 100% исключить как венозный тромбоз, так и посттромбозфлебитическую болезнь.

Во-вторых, наличие, локализация и выраженность патологических вено-венозных сбросов.

От этой информации напрямую зависит хирургическая тактика. При отсутствии выраженных рефлюксов можно ограничиться склеротерапией и/или минифлебэктомией. При выявлении явной клапанной недостаточности сафенофemorальной, сафенопоплитеальной соустья и перфорантных вен, несомненно, показано оперативное лечение.

Консервативное лечение

Основными средствами в арсенале флеболога являются препараты из группы

венотоников. Наибольший эффект оказывают пероральные формы (табл.). Как правило, препараты назначаются длительными курсами (1,5-2 мес) два раза в год.

Топические средства имеют вспомогательное значение. Выделяют несколько групп таких препаратов (гепаринсодержащие, на основе веноактивных препаратов, нестероидные противовоспалительные, кортикостероиды и т. д.).

Одними из наиболее безопасных топических веноактивных средств являются производные эсцина. Капиллярпротекторное и флеботонизирующее действие позволяет уменьшить выраженность таких неприятных симптомов венозной недостаточности, как тяжесть в ногах, судороги в икроножных мышцах. Комплексное применение производных эсцина в сочетании с пероральными формами флеботоников и компрессионной терапией способствует уменьшению отеков.

Компрессионная терапия является самым важным звеном консервативного лечения. Она позволяет достоверно улучшить деятельность мышечно-венозной помпы голени, уменьшить отеки и купировать тяжесть и распирающие боли в ногах.

Начальная форма варикозной болезни (телеангиэктазии и ретикулярный варикоз) является только косметической проблемой, и все ее внешние проявления вполне можно устранить с помощью современных методов, таких как склеротерапия. При этом и врач, и больной должны четко понимать, что сами по себе телеангиэктазии не требуют хирургического лечения и не наносят вред здоровью.

При наличии начальных проявлений ХВН (синдром тяжелых ног, периодические отеки) больным с I-й формой ВБНК также необходимо назначать курсовое лечение пероральными и топическими венотониками и обязательно компрессионную терапию.

Хирургическое лечение

Основной целью хирургического лечения является устранение механизма болезни, а именно патологических вено-венозных сбросов. Это достигается путем пересечения и перевязки недостаточных перфорантных вен, сафенофemorальной и сафенопоплитеальной соустьев.

С развитием современных малоинвазивных технологий изменились представления о венэктомии как об объемной и травматичной операции с лампасными разрезами.

Устье большой подкожной вены полноценно обрабатывается из небольших косметических доступов по Бруннеру («бикини»-доступ); диссекция перфорантных вен по Мюллеру и минифлебэктомия крючками Варади позволяют обойтись без разреза кожи на голени. При неосложненных формах ВБНК вполне возможно амбулаторное хирургическое лечение в режиме стационара одного дня.

Врачу любого звена необходимо понимать, что лечение ВБНК должно быть непрерывным и комплексным. При этом крайне важна ответственность, так как лечебные мероприятия не завершаются хирургическим вмешательством. Хронические заболевания системы нижней поллой вены зачастую требуют пожизненного лечения, и это нужно разъяснять пациентам.

Статья напечатана в сокращении. Список литературы находится в редакции. Русский медицинский журнал, 2008, № 14

Таблица. Препараты из группы венотоников			
Химическое вещество	Активный компонент	Суточная доза, мг	Основные показания
α-Бензопироны	Кумарин	100-400	Различные стадии ХВН с отеком, судорожным и болевым синдромами. Трофические нарушения кожи
γ-Бензопироны (флавоноиды)	Гидроксипропирозид Троксерутин	1000-3500 1000-3500	—
Пикногенолы	Лейкоцианидол Процианиды Олигомеры	150	ХВН с отеком синдромом
Сапонины	Эсцин Экстракты: — конского каштана; — Ruscus; — Gingco biloba; — Centella asiatica	60-120	Начальные признаки ХВН, проявляющиеся синдромом тяжелых ног
Алкалоиды спорыньи	Дигидроэрготамин Дигидроэргокристин	2,5-7,5	Тяжелые формы ХВН с нарушениями центральной гемодинамики (ортостатическая гипотензия, синдром недогрузки сердца)
Синтетические вещества	Трибенозид Бензарон Нафтазон Кальция добезилат	800 400-600 15-30 1000-1500	ХВН с явлениями венозной экземы и экссудативного дерматита