



Хроническая венозная недостаточность: взгляд на проблему

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей является самым распространенным заболеванием периферических сосудов. Все чаще ее относят к «болезням цивилизации», подчеркивая тем самым, что из-за эволюционных изменений и образа жизни различные формы ХВН становятся постоянным спутником современного человека. В большинстве экономически развитых стран эту патологию выявляют у 6–10% взрослого населения, а с возрастом ее распространенность значительно повышается [1]. Кроме того, отмечается крайне неблагоприятная тенденция — «омоложение» данного заболевания. Так, пик заболеваемости ХВН устойчиво сместился на наиболее социально активную возрастную группу — 45–50 лет. Обращает на себя внимание тот факт, что на одного мужчину с ХВН приходится пять–семь женщин. Таким образом, женский пол устойчиво вошел в пятерку важнейших факторов риска развития ХВН, которую все чаще называют заболеванием с «женским лицом», что в свою очередь накладывает серьезный отпечаток на выбор лечебной тактики.

ХВН — это синдром, проявляющийся нарушением оттока крови в венозном отделе сосудистого русла. Его развитие может быть связано с варикозной и посттромбофлебитической (последствия тромбоза глубоких вен) болезнями, а также с врожденными аномалиями строения венозной системы. Значительно реже ХВН становится последствием системных заболеваний соединительной ткани, ожирения, дисгормональных состояний, длительного применения гормональных контрацептивов (гормониндуцированная флебопатия), опухолей малого таза.

ХВН обусловлена тремя основными причинами:

- патологией механизмов, обеспечивающих венозный отток в ортостазе;
- количественной недостаточностью путей оттока, т.е. уменьшением пропускной способности венозного русла;
- недостаточностью сердечной деятельности.

В настоящее время считается, что ХВН — относительно самостоятельная нозологическая форма, первопричиной которой является инициированный венозным стазом каскад патологических изменений на молекулярном, клеточном и тканевом уровнях. Такие симптомы, как варикозная трансформация подкожных вен и трофические нарушения кожи, являются частым, но не обязательным проявлением данной патологии.

Венозная система нижних конечностей состоит из глубоких, поверхностных и соединяю-

щих их коммуникантных вен. Все они имеют клапанный аппарат, обеспечивающий ток крови по направлению к сердцу.

Венозный отток обеспечивается с помощью нескольких механизмов, основным из которых является активное сокращение мышц, окружающих глубокие вены. Он наиболее эффективно реализуется во время ходьбы. Адекватное функционирование клапанного аппарата, который препятствует движению крови в обратном направлении, возможно при полном соответствии диаметра вены длине створок клапанов, что достигается благодаря наличию в стенке сосуда гладкомышечных волокон, сокращающихся под воздействием норадреналина.

В основе развития ХВН лежит нарушение нормального венозного оттока из нижних конечностей вследствие возникновения клапанной недостаточности во всех отделах венозного русла, а в ряде случаев (посттромбофлебитический синдром, аплазия и сдавление вен) — за счет нарушения проходимости глубоких вен.

Провоцирующими развитие ХВН являются все факторы, которые вызывают повышение венозного давления. К ним относятся: беременность, длительные статические нагрузки, подъем тяжестей, заболевания бронхов и легких, хронические запоры. Все они вызывают венозную гипертензию, которая является причиной дилатации сосудов и развития вследствие этого недостаточности клапанов. Такой механизм реализуется при варикозной болезни. Реже клапанная недостаточность является следствием перенесенного флеботромбоза. При этом в процессе организации и реканализации тромба створки клапанов глубоких вен полностью разрушаются, что определяет более тяжелое течение посттромбофлебитической болезни.

Указанные факторы ведут к прогрессированию статической и динамической венозной гипертензии, в результате чего происходит дилатация не только подкожных вен, но также венул и капилляров, снижение перфузионного давления в капиллярном русле и увеличение его проницаемости. Нарушение венозного оттока приводит к накоплению тканевых метаболитов, активизации лейкоцитов, появлению большого количества свободных радикалов, местных медиаторов воспаления, что поражает трофику кожи и ухудшает лимфатический дренаж. Конечным результатом этих расстройств является возникновение венозных трофических язв [2].

Развитие и прогрессирование ХВН сопровождается различными жалобами и рядом объективных симптомов. Чаще всего больных беспокоят чувство тяжести, распирающая жара, боли в икроножных мышцах.

Характерная особенность этих признаков заключается в их появлении при длительных статических нагрузках. Как правило, эти симптомы полностью проходят или их интенсивность существенно снижается при ходьбе и после ночного отдыха. Важным признаком заболевания являются судороги в икроножных мышцах, возникающие обычно в ночное время.

Наиболее наглядное внешнее проявление ХВН заключается в расширении, а в дальнейшем и в варикозной (узловой) трансформации подкожных вен, которые в виде извитых синюшных конгломератов распространяются по голени и бедру.

По мере прогрессирования заболевания развиваются трофические нарушения кожи голени. Они обычно появляются в зоне медиальной лодыжки, а затем могут принять циркулярный характер. Первоначально возникают участки гиперпигментации, несколько позже подкожная клетчатка и кожа уплотняются, последняя приобретает характерный «лакированный» вид, свидетельствующий о развитии индуративного целлюлита. В центре пигментированного участка кожи в ответ на минимальную травму появляется небольшой белесоватый участок — так называемая белая атрофия кожи, вслед за которой открывается трофическая язва.

Кроме указанных осложнений, при ХВН часто отмечаются явления вторичной лимфатической недостаточности, сначала в виде приходящего, а затем постоянного отека тыла стопы, лодыжек и нижней трети голени с последующей гиперплазией лимфатической ткани. На этом фоне к венозной патологии часто присоединяются дерматит, экзема и рожистое воспаление, усугубляющие течение основного заболевания [3].

Современное лечение ХВН должно быть комплексным и базироваться на рациональном сочетании хирургических вмешательств, флебосклерозирующего и компрессионного лечения, а также применения различных фармакологических средств. Задача консервативной терапии ХВН заключается не только в устранении основных симптомов заболевания (ощущения тяжести в ногах, боли, отеков, судорог и др.), но и в его профилактике и предотвращении развития осложнений. Таким образом, важно раннее начало лечения этого заболевания, которое должно базироваться на системном подходе.

Основой терапии ХВН независимо от ее генеза и стадии, бесспорно, является максимальная коррекция факторов риска — модификация образа жизни, физические упражнения, снижение массы тела, ношение обуви с соответствующими ортопедическими характеристиками. Базисная терапия ХВН включает применение эластической компрессии, а также использование современных флеботропных препаратов (венотоников, флебопротекторов). В эту группу входит большой арсенал фармакологических средств, как правило, натурального происхождения, способных увеличивать венозный отток из нижних конечностей. Этот эффект венотоников достигается путем суммирования действий



краплі Ескузан

*Нова сторінка
в житті ваших ніг*

- Хронічна венозна недостатність
- Набряки і судоми в литкових м'язах
- Варикозне розширення вен
- Біль і відчуття важкості в ногах
- Патологія венозної системи:
 - на фоні вагітності;
 - при дисгормональних захворюваннях;
 - після тривалого використання гормональних контрацептивів



P



на различные звенья микроциркуляторного русла, а у многих из них — прямым воздействием на тонус венозной стенки. Безусловно, флеботоническое действие следует считать основным эффектом флебопротективных препаратов. Однако все они имеют поливалентный механизм действия: стимулируют лимфоотток; обладают противовоспалительной, антиоксидантной активностью; улучшают гемореологию, стабилизируют эндотелий.

Выделяют четыре группы лекарственных средств, относящихся к венотоникам, — кумарины (α -бензопироны), флавоноиды (γ -бензопироны — гесперидин, диосмин, рутин, эскулин), сапонины (эсцин, экстракт конского каштана, гинкго билоба) и венотоники синтетического происхождения или комбинированные препараты (кальция добезилат, нафтазон, бензарон). Достаточно убедительную доказательную базу имеют препараты конского каштана (Эскузан), которые назначают как альтернативное лечение эластичной компрессии на начальных стадиях развития ХВН [4].

Природный ареал произрастания конского каштана (*Aesculus hippocastanum* L.) — Юго-Восточная Европа. Его большие коричневые шаровидные семена вначале использовались специалистами для лечения пациентов с дизентерией, бронхитом, геморроем, а также патологией вен. Активно применять экстракт семян конского каштана в терапии хронических заболеваний венозной системы стали несколько десятилетий назад. При этом опубликованные данные подтверждают целесообразность его назначения при ХВН с целью уменьшения боли, ночных судорог икроножных мышц, отеков, чувства зуда и тяжести в нижних конечностях [5].

Первичный активный компонент, содержащийся в экстракте семян конского каштана, — эсцин — является смесью тритерпеновых сапонинов в α - и β -формах. Другие компоненты представлены биофлавоноидами (кверцетин и кемпферол), проантоцианидином А2 (антиоксидант) и кумаринами (фраксин и эскулин) [6]. В 1960 г. Лоренц и Марек выявили противоотечное и вазопротективное действие экстракта семян конского каштана, обусловленное исключительно эсцином. Активный компонент смеси сапонинов β -эсцин входит в состав большинства лекарственных средств на основе экстракта семян конского каштана, используемых при венозной недостаточности [7].

Эффективность данных препаратов обусловлена угнетением активности лизосомных ферментов, что предупреждает распад протеогликанов капиллярной стенки [8]. Кроме того, экстракт семян конского каштана обладает противовоспалительным [9] и мощным сосудосуживающим свойствами [10]; оказывает положительное влияние на венозный тонус и повышает скорость тока венозной крови [11].

По данным Кокрановских обзоров, терапия ХВН препаратами, содержащими *Aesculus hippocastanum* L., в сравнении с плацебо была более эффективна в уменьшении боли, чувства усталости, напря-

жения, зуда, отека лодыжки и щиколотки (Pittler M.H., Ernst E., 2004).

Результаты клинических трайлов свидетельствуют, что применение экстракта семян конского каштана может быть столь эффективным, как 0-(β -гидроксиэтил)-рутозидов (Rehn D., Unkauf M. et al., 1996) и компрессионной терапии (Diehm C. et al., 1996).

Результаты четырех клинических исследований при участии пациентов с ХВН и одного — с участием больных варикозным расширением вен продемонстрировали эффективность этих лекарственных средств, что проявлялась в объективном уменьшении отека голени и субъективном ослаблении боли, чувства тяжести и зуда в нижних конечностях. Препараты на основе экстракта семян конского каштана обладают высоким профилем безопасности и переносимости, их применение является эффективным методом лечения пациентов с венозной недостаточностью легкой и средней степени тяжести (Suter A. et al., 2006).

В заключение следует подчеркнуть, что эффективное лечение ХВН возможно лишь при индивидуальном подходе к каждому конкретному клиническому случаю, рациональному использованию современного арсенала хирургических и терапевтических технологий, четкому осознанию пациентом необходимости следовать рекомендациям врача. Это может быть обеспечено только тесным сотрудничеством флебологов и врачей других специальностей, в частности гинекологов. Последние в своей практике часто сталкиваются с необходимостью лечения венозной патологии на фоне беременности, при дисгормональных заболеваниях, после длительного использования гормональных контрацептивов и др.

Литература

1. Eberhardt R.T. Chronic venous insufficiency / Eberhardt R.T., Raffetto J.D. // *Circulation*. — 2005. — N 111. — P. 2398–2409.
2. Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей: современные принципы лечения. Заболевания периферических сосудов / Богачев В.Ю. // *Consilium Medicum*. — Vol. 5, N 5. — 2003.
3. Лишневская В.Ю. Хроническая венозная недостаточность: практические аспекты / В.Ю. Лишневская // *Медицинские аспекты здоровья женщины*. — 2009. — № 6-7 (24).
4. Олійник М.В. Хронічна венозна недостатність / Олійник М.В., Приходько В.Ю. — *Ліки України*. — 2010. — № 3 (12).
5. World Health Organization. WHO Monographs on Selected Medicinal Plants. — Geneva, Switzerland: WHO; 2002.
6. Bombardelli E., Morazzoni P. *Aesculus hippocastanum* L. // *Fitoterapia*. — 1996. — N 67. — P. 483–511.
7. Lorenz D., Marek M.L. The active therapeutic principle of horse chestnut (*Aesculus hippocastanum*). Part 1. Classification of the active substance. *Arzneimittelforschung*. / Lorenz D., Marek M.L. — 1960. — N 10. — P. 263–272.
8. Kreysel H.W. A possible role of lysosomal enzymes in the pathogenesis of varicosis and the reduction in their serum activity by Venostasine / Kreysel H.W., Nissen H.P., Enghofer E. — *VASA*. — 1983. — N 4. — P. 377–382.
9. Cebo B. Pharmacological properties of saponin fractions obtained from domestic crude drugs: *Saponaria officinalis*, *Primula officinalis* and *Aesculus hippocastanum* / Cebo B., Krupinska H., Mazur J., Czarniecki R. // *Herba Polonica*. — 1976. — N 22. — P. 154–162.
10. Damas P., Volon G., Damas J., Lecomte J. Sur l'action antioedeme de l'escine. *Bull Soc Roy Sci Liege*. 1976; 45: 436–442.
11. Klemm J. Stromungsgeschwindigkeit von Blut in varikosen Venen der unteren Extremitäten. Einfluss eines Venentherapeutikums (Venostasine) / Klemm J. — *Munchen Med Wochenschr*. 1982; 124: 579–582.

Подготовила Марина Малей

□