

УДК 616.61-053.9

ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОСОБЕННОСТИ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

¹Горелик С.Г., ²Литынский А.В., ³Поляков П.И.

¹Национальный исследовательский университет «БелГУ», Белгород, e-mail: gorelik@bsu.edu;

²Полоцкая центральная городская больница, Беларусь;

³Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Варикозное расширение вен нижних конечностей остается общей клинической проблемой от чисто косметических расстройств до связанных с венозной недостаточностью трофических нарушений – трофических язв. В статье представлены эпидемиология, методы диагностики и лечения варикозной болезни нижних конечностей. Возраст – единственный главный идентифицируемый фактор риска. Заболеваемость варикозной болезнью увеличивается линейно с возрастом. В статье обсуждаются вопросы особенностей консервативного и оперативного лечения данной патологии у больных пожилого и старческого возраста. Всем пациентам с варикозной болезнью необходимо ультразвуковое исследование венозной системы нижних конечностей, чтобы изучить венозную недостаточность до выбора метода лечения. Дуплексная ультрасонография, которая является легко доступным методом исследования, визуализирующим венозную систему нижних конечностей, неотъемлемая часть диагностики и ведения пациентов с варикозной болезнью. Ультразвуковая диагностика важна для планирования метода оперативного лечения, документируя степень сосудистой патологии, идентифицируя источник венозного рефлюкса и показывающий, присутствует ли глубокая венозная недостаточность. Существует большое разнообразие доступных методов лечения – от традиционных оперативных вмешательств до более новых, минимально инвазивных, которые легко переносятся пациентами пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: варикозная болезнь нижних конечностей, трофическая язва, пожилой и старческий возраст

VARICOSE DISEASE OF LOWER EXTREMITIES, ESPECIALLY IN PATIENTS OLDER AGE GROUPS

¹Gorelik S.G., ²Litynsky A.V., ³Polyakov P.I.

¹National research university «Belgorod State University», Belgorod, e-mail: gorelik@bsu.edu.ru;

²Polotsk central city hospital, Republic of Belarus;

³Institute of bioregulation and gerontology Russian Academy of Medical Sciences, St.Petersburg

Varicose veins remain a common clinical problem and range from purely cosmetic disturbances to venous insufficiency related trophic ulcers. Prevalence, methods of diagnostics and treatment of varicose vein disease of the lower extremities is presented in article. Age is the only consistently identified risk factor. The incidence of varicose veins increases linearly with age. Questions of conservative and operative treatment features of present pathology in the elderly and older age patients are discussed. Untreated venous insufficiency in the deep or superficial system veins results in a progressive syndrome that causes pain, swelling, skin changes, and eventual tissue breakdown. All patients with varicose veins require an ultrasound examination of the venous system of the lower extremities to map the pattern of venous incompetence prior to treatment selection. Duplex Doppler ultrasonography, which is a readily available imaging modality that visualizes the lower extremity venous system, is an integral part of the evaluation and management of patients with varicose veins disease. Ultrasound evaluation is critical for planning procedures, documenting the extent of vascular pathology, identifying the source of venous reflux, and revealing whether deep venous insufficiency is present. There are a wide variety of available treatments, ranging from conventional surgical procedures to newer, minimally invasive procedures, which is a readily undergo of patient in the elderly and older age patients.

Keywords: varicose vein disease of the lower extremities, trophic ulcer, elderly and older age

Наличие огромного числа пациентов с хронической венозной недостаточностью и различными видами тяжелых осложнений, сопровождающихся потерей трудоспособности, является большой медико-социальной проблемой. В нашей стране, по самым приблизительным оценкам, она имеет место у 30 млн человек. Варикозная болезнь и хроническая венозная недостаточность представляют собой важную социально-экономическую проблему, так как в последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости у лиц трудоспособного возраста, росту числа осложненных форм и, как следствие – к формированию стойкой нетрудоспособности.

Варикозная болезнь нижних конечностей представляет собой одну из важнейших проблем современного здравоохранения. Заболевание характеризуется высокой распространенностью. Так, в США и странах Западной Европы около 25% населения страдает различными формами варикозной болезни [1].

Варикозным расширением вен называется заболевание с прогрессирующим течением, вызывающим необратимые изменения в поверхностных, коммуникационных и глубоких венах, а также в коже, подкожной основе, мышцах, костной и нервной тканях. Варикозное расширение вен – заболевание, характеризующееся неравномер-

ным увеличением просвета и длины вен, их извитостью, образованием узлов в участках истончения венозной стенки.

По данным различных авторов, варикозная болезнь встречается в 25% случаев, причем у женщин встречается гораздо чаще [2]. Хронические заболевания вен нижних конечностей достаточно распространены у работников промышленных предприятий г. Москвы и составляют 67,5% среди женщин, 50,4% мужчин, причем отмечается увеличение их частоты с возрастом [3]. В 70 лет заболевание встречается в 6–10 раз чаще, чем в возрасте 30 лет [4].

Исследования, проводимые в промышленных районах США, выявили, что у 50% больных с варикозным расширением вен нижних конечностей возраст более 55 лет [5].

Варикозная болезнь, приводящая к различным проявлениям хронической венозной недостаточности, влияет на состояние отдельных людей, а также на здоровье общества в целом. Большие траты на лечение тяжелых форм ХВН, а именно лечение трофических язв подтверждает, что проблема лечения варикозной болезни актуальна, в развитых странах затраты на лечение венозных трофических язв составляют 1–3% общего бюджета здравоохранения. Трофические язвы нижних конечностей встречаются в 4–5% у больных 80-летнего возраста. Чаще всего пациенты такого возраста обращаются за помощью не из-за варикозно расширенных вен, их беспокоят трофические нарушения (экзема, дерматит), трофические язвы. У пациентов данной возрастной группы очень часто присутствует сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца – 46%, артериальная гипертензия – 35%, хроническая обструктивная болезнь легких II ст. – 53,8, что не позволяет применить весь арсенал хирургического вмешательства [11].

Диагностика заболевания включает клинические и инструментальные методы обследования. Клиническое обследование включает выяснение жалоб, анамнез, осмотр. Учитывая большое количество рецидивов варикозной болезни, основой успешного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей у больных старшей возрастной группы является тщательная диагностика. Результаты обследования позволяют нам выбрать адекватную тактику лечения [6].

К настоящему времени имеется большой набор инструментальных методик, однако наиболее часто применяются ультразвуковая диагностика в В-режиме, доплеровское исследование, метод рентгеноконтрастной флебографии [7, 8].

Ультразвуковое исследование обладает малой инвазивностью, с его помощью можно оценить состояние стенок вен нижних конечностей, их варикозную трансформацию, особенно у тучных больных, отметить устье малой подкожной вены. Ультразвуковая доплерография с цветным доплеровским картированием позволяет определить недостаточность клапанов сафено-бедренного, сафенопопliteального соустья, определить и разметить перфорантные вены, имеющие несостоятельные клапаны.

Диагностические мероприятия позволяют ответить на следующие вопросы: наличие рефлюкса крови по глубоким магистральным венам нижних конечностей, наличие рефлюкса через сафенопопliteальное и сафенофemorальное соустье, где расположено сафенопопliteальное соустье, наличие рефлюкса по поверхностным венам, выявление варикозно расширенных вен у тучных больных, наличие рефлюкса по перфорантным венам [1]. Анализ клинических и ультразвуковых данных обследования позволяет определить тактику оперативного лечения [9].

Лечебные мероприятия при варикозной болезни направлены на устранение симптомов болезни, предотвращение осложнений, улучшение качества жизни больных. Для достижения данных результатов необходимо решить следующие задачи: лечение нарушений гемодинамики, улучшение микроциркуляции, устранение косметического дефекта. Существуют консервативные, хирургические, флебосклерозирующие методы лечения.

Основой лечебных мероприятий при варикозной болезни является эластическая компрессия. Она показана всем пациентам с ХВН независимо от ее причины [10]. Сегодня используют медицинский трикотаж и эластические бинты. Применение медицинского трикотажа более удобно, не требует применения специальных навыков, не создает неудобств при носке, однако более дорогостоящее, и не каждый пациент старшей возрастной группы может себе это позволить. Медицинский трикотаж делится на 3 класса компрессии, пациентам с варикозным расширением вен C2-C4 по CEAP рекомендуется использование трикотажа 2-го класса компрессии, при C5-C6 показан трикотаж 3-го класса компрессии. Применение эластических бинтов более удобно при трофических язвах, выраженном отеком синдроме, послеоперационном периоде. При помощи эластичного бинта накладывают различные повязки, биндажи. Имеются бинты короткой, средней и длинной растяжимости. На ранних стадиях варикоз-

ной болезни используются бинты средней растяжимости. При наличии трофических нарушений применяют короткой растяжимости бинты, длинной же растяжимости используют в профилактических целях. Компрессионный трикотаж применяют ежедневно с утра, когда отек нижней конечности минимален, в течение всего дня, на протяжении всей жизни. Противопоказанием для применения компрессионной терапии являются облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей, диабетическая ангиопатия, трофические язвы, не обусловленные хронической венозной недостаточностью, острые инфекционные заболевания мягких тканей нижних конечностей.

Фармакотерапия при лечении варикозной болезни нижних конечностей имеет следующие задачи: повышение тонуса вен, улучшение лимфотока, улучшение микроциркуляции, гемореологии, предупреждение тромботических осложнений, купирование воспалительных осложнений. Медикаментозное лечение используется при подготовке к оперативному лечению, при противопоказаниях к операции, в послеоперационном периоде для улучшения реабилитации оперированных больных, профилактики осложнений. Для лечения варикозной болезни применяются препараты системного и местного действия. К системным препаратам относятся: флеботоники, антиагреганты, периферические дилататоры, нестероидные противовоспалительные средства, энзимы, препараты метаболического действия, препараты на основе простагландина E. К препаратам местного действия относятся мази и гели на основе веноактивных препаратов, гепарина, нестероидных противовоспалительных средств, кортикостероидные мази. Из препаратов системного действия в настоящее время наиболее широко применяется препарат микроионизированного диосмина (детралекс), имеющий самый высокий уровень доказательной эффективности [9]. Капилляропротективное и флеботонизирующее действие позволяет уменьшить выраженность таких неприятных симптомов венозной недостаточности, как тяжесть в ногах, венозную боль, судороги в икроножных мышцах, отеки. При длительном применении отсутствуют такие осложнения, как гастриты и аллергические. Препарат может применяться как монотерапия. При неосложненных формах течения болезни препарат принимается курсами по 2 таблетки два раза в день в течение двух месяцев два раза в год. При лечении трофических язв нижних конечностей курс лечения можно продлить до года.

Флебосклерозирующее лечение направлено на достижение косметического эффекта при лечении ретикулярного варикоза и у пациентов пожилого и старческого возраста не применяется. Следует предостеречь врачей и пациентов от неоправданно широкого применения препаратов, вызывающих облитерацию варикозных вен. Склерозирующая терапия – метод весьма эффективный у довольно ограниченного числа пациентов, пока болезнь локализуется только в притоках магистральных подкожных вен либо после ранее выполненных операций по поводу варикозной болезни. Его применение при наличии патологического кровотока в системе большой и малой подкожных вен чревато ранними рецидивами или опасными для пациента восходящими тромбозами. Учитывая значительное число неудовлетворительных результатов лечения и возникновение различных видов осложнений, компрессионной склеротерапией должны заниматься хирурги, прошедшие специальную подготовку и имеющие опыт в проведении данного метода лечения и сертификат [13]. Склерозирование может применяться только при остановке кровотечения из варикозно расширенных вен, а также для облитерации вен около трофических язв [14].

Несмотря на многовековую историю заболевания, оперативные методы остаются основными в лечении ВБНК. В России широкое использование хирургических методов лечения ВБНК связано еще и с тем, что в нашей стране преобладают клинически выраженные формы заболевания [12]. Основной целью хирургического лечения является устранение механизма болезни, а именно – патологических вено-венозных сбросов. Это достигается путем пересечения и перевязки недостаточных перфорантных вен, сафено-феморального и сафено-поплитеального соустья. С развитием современных малоинвазивных технологий старые представления о венэктомии, как об объемной и травматичной операции с «лампасными» разрезами ушли в прошлое [1]. Устье большой подкожной вены абсолютно полноценно обрабатывается из небольших косметичных доступов по Бруннеру (т.н. «бикини-доступ»), диссекция перфорантных вен по Мюллеру и мини-флебэктомия крючками Варади позволяет обойтись без кожных разрезов на голени. При неосложненных формах ВБНК вполне возможно амбулаторное хирургическое лечение в режиме стационара одного дня [15]. Врачу любого звена необходимо понимать, что лечение ВБНК должно быть непрерывным и комплексным. Крайне важна преимствен-

ность. Неправильно думать, что лечебные мероприятия завершаются хирургическим вмешательством. Хронические заболевания системы нижней полой вены зачастую требуют пожизненного лечения, и это нужно разъяснять пациентам.

Существует большое количество пациентов, которым противопоказано оперативное лечение, в эту группу входят пациенты: старше 75 лет, больные пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией, препятствующей проведению плановых оперативных вмешательств, а также пациенты, отказывающиеся от оперативного лечения. Учитывая изменения, обусловленные длительным существованием болезни, характеризующиеся обширным поражением венозной системы, нарушений микроциркуляции, лимфооттока, оперативное лечение не может быть применено ко всем пациентам данной возрастной группы. У пациентов старшей возрастной группы применение всех существующих сегодня методик оперативного лечения невозможно, вследствие чрезмерного поражения венозных сосудов, нарушения микроциркуляции, лимфооттока, трофических нарушений. У данных пациентов применяется комбинированная флебэктомия, удаляются варикозно измененные стволы магистральных подкожных вен, при этом предпочтение отдается инвагинационной флебэктомии. Удаление варикозно расширенных притоков производится с учетом трофических нарушений, производить это необходимо из небольших проколов кожи, стремиться не производить разрезов в области трофических изменений кожи. Диссекцию несостоятельных перфорантов предпочтительно производить эндоскопически, что позволит избежать послеоперационных осложнений, снизить сроки пребывания больного в стационаре, снизить стоимость лечения [16].

Цель исследования: изучить распространенность варикозной болезни нижних конечностей у больных старческого возраста, определить методы лечения данной патологии у лиц старшей возрастной группы.

Материалы и методы исследования

По нашим данным, за год в хирургических отделениях многопрофильных больниц города Белгорода было пролечено 64 пациента старческого возраста с варикозной болезнью нижних конечностей, что составило 8,7% от общего числа хирургической патологии в целом. Среди осложнений хронической варикозной болезни нижних конечностей встречаются острый восходящий тромбоз 22 (34,9%), трофические язвы 18 (28,6%), острый восходящий флеботромбоз 14 (28,2%), тромбоз 4 (6,3%), ТЭЛА 2 (3,2%), варикозный лимфостаз 2 (3,2%). Ведущую сопутствующую патологию данной группе со-

ставили заболевания сердечно-сосудистой системы 85 (65,9%), среди сердечно-сосудистой патологии выделяют: ИБС – 38 (44,7%), ГБ II – 20 (23,5%), ГБ III – 10 (11,8%), СН II – 9 (10,6%), СН III – 4 (4,7%), ХСН II – 3 (3,5%), ХСН III-IV – 1 (1,2%), далее следует патология дыхательной – 15 (11,6%), нервной – 13 (10,1%), эндокринной – 8 (6,8%), мочевыделительной – 4 (3,1%) систем, желудочно-кишечного тракта – 2 (1,6%), прочая патология – 2 (1,6%). Учитывая наличие и тяжесть сопутствующей патологии, только в 14,1% случаев было произведено оперативное лечение в экстренном порядке по поводу острого восходящего тромбоза и острого восходящего флеботромбоза.

Таким образом, лечение варикозной болезни нижних конечностей должно быть комплексным и непрерывным. Крайне важна преемственность. Неправильно думать, что лечебные мероприятия завершаются хирургическим вмешательством. Хронические заболевания системы нижней полой вены зачастую требуют пожизненного лечения, и это нужно разъяснять пациентам.

Список литературы

1. Амбулаторная ангиология: руководство для врачей; под ред. А.И. Кириенко, В.М. Кошкина, В.Ю. Богачева. – М.: Литтерра, 2007.
2. Берган Дж. Лечение наружного кровотечения из варикозно расширенных вен. // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2000. – Т.6, №2. С. 53–60.
3. Богданов А.Е., Золотухин И.А. Практическое значение инструментальных методов диагностики хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Грудн. и сердечно-сосуд. хир. – 1993. – №2. – С. 23–26.
4. Гавриленко А.В., Вахрамьев П.Е. Ошибки в обследовании и лечении больных с варикозной болезнью нижних конечностей и их роль в возникновении рецидива болезни // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2008. – №1.
5. Диагностика и лечение послеоперационных рецидивов варикозной болезни / И.М. Игнатъев, Р.А. Бредихин, Л.И. Сафуллина, Т.Н. Обухова // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2003. – №2.
6. Лесько В.А., Ефимович Л.Л. Панфлебоэзография при варикозной болезни. // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2001. – Т.7, №3. – С. 51–57.
7. Роднянский Д.В., Фокин А.А., Агаханян А.Р. Особенности комплексного лечения декомпенсированных стадий хронической венозной недостаточности нижних конечностей у пациентов пожилого и старческого возраста // Флебология. – 2008. – №1.
8. Сабельников В.В., Шулепова Е.К. Варикозная болезнь нижних конечностей. Современный взгляд на проблему // Мир медицины. – 2001. – №3–4.
9. Микронизированный диосмин (детралекс®) при лечении трофических язв венозной этиологии – европейский опыт / В.С. Савельев, А.В. Покровский, С.В. Сапелкин, В.Ю. Богачев, Л.И. Богданец, И.А. Золотухин // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2006. – Т.12, №3. – С. 53–60.
10. Флебология: руководство для врачей; под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 2001.
11. Хронические заболевания вен нижних конечностей у работников промышленных предприятий г. Москвы / А.И. Кириенко, [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2004. – Т. 10, №1.
12. Чернуха Л.М., Гуч А.А. Ультразвуковая диагностика и классификация варикозной болезни // Флебология. – 2008. – №3. – С. 28–34

13. Beaglehole R. Salmond C.E., Prior I.A.M. Varicose veins in New Zealand. Prevalens and severity / N.Z. med. J. – 1976. – Vol.84. – P. 396–399

14. Callam M.J. Epidemiology of varicose veins // Br J Surg. – 1994 Feb. – №81(2). – С. 167–73.

15. Основные принципы дуплексного сканирования вен нижних конечностей при хронических заболеваниях вен: согласительный документ Международной ассоциации флебологов / Coleridge-Smith, N. Labropoulos, H. Partsch, K. Myers, A. Nicolaides, A. Cavezzi. Часть I P // Флебология. – 2008. – №1.

16. Stemmer R. Strategies of treatment by compression and mobilization // Bruustatt, France. – 1995. – 182 p.

References

1. Ambulatornaya angiologia. Rykovodstvo dlya vrachev pod redaktsiyey Kirienko A.I., Koshkina V.M., Bogacheva V.Yu. (Ambulatory angiology. Guideline for physician under the editorship of Kirienko A.I., Koshkina V.M., Bogacheva V.Yu.). Moscow, Litterra, 2007.

2. Bergan G. Lechenie naruzhnogo krovotecheniya iz varikozno rasshirenykh ven. (Treatment of external hemorrhage from a varicose veins). Angiologia and vascular surgery, 2000, Vol. 6, no.2, p. 53–60.

3. Bogdanov A.E., Zolotukhin I.A. Prakticheskoe znachenie instrumentalnykh metodov diagnostiki khronicheskoy venoznoy nedostatochnosti nizhich konechnostey. (Practical importance of instrumental diagnostic techniques of chronic lower extremity venous insufficiency). Thoracic and cardiovascular surgery, 1993, 2. pp. 23–26.

4. Gavrilenko A.V., Vachratyan P.E. Oshibki v obsledovanii i lechenii bolnykh s varikoznoy boleznью nizhich konechnostey i ich rol v vozniknovenii retsediva boleznii. (Errors in the inspection and treatment of patients with a varicose vein disease of the lower extremities and their role in rise of relapse of disease). Angiologia and vascular surgery, no. 1, 2008.

5. Ignatev I.M., Bredichin R.A., Saphiullina L.I., Obuchova T.N. Diagnostika i lechenie posleoperatsionnykh retsidivov varikoznoy boleznii. (Diagnostics and treatment of postoperative relapse of a varicose vein disease). Angiologia and vascular surgery, 2003, no. 2.

6. Lesko V.A., Ephimovich L.L. Panflebologiya pri varikoznoy boleznii. (Panphlebology at a varicose vein disease). Angiologia and vascular surgery, 2001, Vol. 7, no. 3. pp. 51–57.

7. Rodnyanskiy D.V., Fokin A.A., Agachanyan A.R. Oso-bennosti kompleksnogo lecheniya decompensirovannykh stadiy khronicheskoy venoznoy nedostatochnosti nizhich konechnostey u patsientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta. (Features of complex treatment of elderly and older age patients with a

chronic lower extremity venous insufficiency in decompensated stages). Phlebology, 2008, no. 1.

8. Sabelnikov V.V., Shulepova E.K. Varikoznaya bolezn nizhich konechnostey. Sovremenny vzglyad na problemu. (Varicose vein disease of the lower extremities. Modern view on a problem). Medicine world, no. 3–4, 2001.

9. Savelev V.S., Pokrovskiy A.V., Sapelkin S.V., Bogachev V.Yu., Bogdanets L.I., Zolotuchin I.A. Mikronizirovanny diosmin (detraleks) pri lechenii trophicheskikh yavz venoznoy etiologii – evropeiskiy opyt. (Micronized diosmin (detraleks®) at treatment of trophic ulcers of a venous ethiology- the European experience). Angiologia and vascular surgery, 2006, Vol. 12, no. 3. pp. 53–60.

10. Flebologia. Rukovodstvo dlya vrachev pod redaktsiyey V.S. Saveleva. (Phlebology: guideline for physician under the editorship of V.S. Savelev). Moscow, Medcine, 2001.

11. Chronicheskie zabolevaniya ven nizhich konechnostey u rabotnikov promyshlennykh predpriyatiy goroda Moskvy. Kipienko A.I. (Chronic lower extremity venous disease at workers of the industrial enterprise in Moscow). Angiologia and vascular surgery, 2004, Vol. 10, no. 1.

12. Chernukha L.M., Guch A.A. Ultrazvukovaya diagnostika i klassifikatsiya varikoznoy boleznii. (Ultrasound diagnostics and classification of a varicose vein disease). Phlebology, 2008, no. 3. pp. 28–34.

13. Beaglehole R. Salmond C.E., Prior I. A. M. Varicose veins in New Zealand. Prevalens and severity. N.Z. med. J. 1976. Vol. 84. pp. 396–399

14. Callam M.J. Epidemiology of varicose veins. Br J Surg. 1994 Feb. 81(2). pp. 167–73.

15. Coleridge-Smith P, Labropoulos N, Partsch H, Myers K, Nicolaides A, Cavezzi A. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs; UIP (Union Internationale of Phlebology) consensus document. Part I. Basic principles. Vasa 2008, no. 1.

16. Stemmer R. Strategies of treatment by compression and mobilization. Bruustatt, France. 1995. 182 p.

Рецензенты:

Процаев К.И., д.м.н., профессор, профессор кафедры внутренних болезней №2, Национального исследовательского университета «Белгородский государственный университет», г. Белгород;

Ильницкий А.Н., д.м.н., первый заместитель директора АНО НИМЦ «Геронтология», г. Москва.

Работа поступила в редакцию 20.04.2012.