



Хроническая венозная недостаточность и трофические язвы у пациентов пожилого и старческого возраста

М.Д. Дибиров

Московский государственный медико-стоматологический университет

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) – заболевание, которое наблюдается у 20–25% женщин и 10–15% мужчин (преимущественно пожилого и старческого возраста).

В 25–30% случаев течение ХВН осложняется возникновением циркулярных трофических язв голени, лечение которых является сложной задачей. Эти пациенты переносят неоднократные операции по пересадке кожи, но язвы рецидивируют.

У 50–60% геронтологических больных проведение хирургического лечения затруднено вследствие тяжелой сопутствующей патологии и обширности язвенного поражения. В США ежегодные расходы на лечение трофических язв составляют примерно 1 млрд, а в Великобритании – 900 млн долл. США.

Стадии нарушения венозного оттока

1. Стадия компенсации – расширение подкожных вен без признаков стаза и нарушения венозного оттока.
2. Стадия субкомпенсации – характеризуется появлением более и преходящих отеков при физической нагрузке и исчезающих при отдыхе и в горизонтальном положении конечности.
3. Стадия декомпенсации (без трофических нарушений) – постоянная отечность и пастозность голеней и стоп, болевой синдром, быстрая утомляемость, индурация, пигментация, экзематозные изменения кожи голени, судороги мышц голени, мучительный кожный зуд, усиливающийся к вечеру и ночью.
4. Стадия трофических нарушений – на фоне вышеуказанных проявлений образуются трофические язвы.



хирургическое отделение / флеболог

Этиология и патогенез хронической венозной недостаточности

Основными факторами, способствующими возникновению ХВН, являются наследственная или приобретенная недостаточность клапанов вен, снижение тонуса венозной стенки, высокое венозное давление в результате рефлюкса крови из глубокой системы вен в поверхностную.

Кроме того, при ХВН развиваются патологические изменения в лимфатических сосудах и капиллярах с формированием синдрома лимфo-венозной недостаточности.

Повышение проницаемости капилляров приводит к увеличению объема интерстициальной жидкости и возникновению отека, лимфостаза, миграции, адгезии и гибели лейкоцитов с высвобождением биологически активных веществ (цитокинов, лейкотриенов, фактора активации тромбоцитов, свободных радикалов, протеолитических ферментов). Эти патологические процессы приводят к расстройству микроциркуляции, гипоксии, склерозу подкожной клетчатки, индурации кожи. Образуются трофические язвы.

Классификация хронической венозной недостаточности

Можно выделить первичную (варикозная болезнь) и вторичную (посттромбофлебитическая болезнь) ХВН.

С учетом этиопатогенетических особенностей варикозная болезнь может быть нисходящей и восходящей.

При нисходящей форме основную причинную роль играет нисходящий рефлюкс крови по общей бедренной вене через устье большой подкожной вены в систему большой и малой подкожных вен.

При восходящей форме отмечается рефлюкс крови из глубоких вен стопы и голени по перфорантным венам в подкожные вены. Пусковым механизмом при этом является нарушение функционирования системы «мышечно-венозной помпы» на фоне высокого давления в глубокой венозной системе и недостаточности клапанов коммуникантных вен.

Однако решающую роль в развитии ХВН и возникновении трофических язв играет состояние венозного оттока из конечности.

Посттромбофлебитическая болезнь может быть склеротической и варикозной.

Для склеротической формы характерен панцирный фиброз клетчат-

ки нижней трети голени, индурация, гиперемия, гиперпигментация и истончение кожи. Экзематозное поражение кожи при склеротической форме развивается чаще, чем при варикозной форме болезни.

При варикозной форме посттромбофлебитической болезни в начале патологического процесса наблюдается расширение подкожных вен. На поздних стадиях возникают трофические нарушения (индурация, пигментация, экзематозное и язвенное поражение) и хроническая лимфoвенозная недостаточность.

Диагностика хронической венозной недостаточности

Диагностика основана преимущественно на данных анамнеза и клинических проявлениях заболевания.

Перед выполнением хирургического вмешательства необходимо произвести визуальную и функциональную оценку клапанного аппарата магистральных вен, выявить особенности «физиологических» и патологических рефлюксов. Поэтому целесообразно проведение ультразвукового ангиосканирования.

Дуплексное ангиосканирование венозной системы с цветным картированием потоков крови позволяет детально визуализировать створки венозных клапанов, изучить их смыкаемость. Производится также проба Вальсальвы, компрессионные тесты.

Флебография выполняется при посттромбофлебитической болезни для выявления сегментарных окклюзий и решения вопроса о целесообразности хирургического лечения.

Информативным в плане изучения состояния различных венозных сегментов является метод исследования потока крови в стандартных ультразвуковых окнах. Первое ультразвуковое окно расположено в верхней трети бедра, ниже паховой складки и медиальнее бедренной артерии; второе – на границе верхней и средней трети бедра; третье – в области подколенной ямки; четвертое – по медиальной поверхности голени в средней ее трети; пятое – по медиальной поверхности подлодыжечной ямки. Этот метод диагностики позволяет оценить вероятность возникновения рецидивов варикозной болезни (наблюдаются в 10–30% случаев).

Для определения риска рецидивирования изучается также состояние клапанной системы глубоких коммуникантных вен. С этой целью оценивается характер рефлюкса,

выявляются эхооптические феномены «птичьего гнезда» и «задымления» просвета сосуда, возникающие над полноценными клапанами. При варикозной болезни большая подкожная вена поражается в 80–85%, малая подкожная вена – в 18–20%, бедренная – в 10%, подколенная вена – в 3–5% случаев. У 10–12% пациентов наблюдается тотальное поражение венозной системы (поверхностных и глубоких вен).

Для диагностики состояния перфорантных и глубоких вен выполняется также радиофлебосцинтиграфия.

У многих больных отмечается латентная форма варикозной болезни. Они предъявляют жалобы на чувство тяжести и периодически возникающие отеки в области лодыжек, судороги в икроножных мышцах по ночам. В этих случаях необходимо обратить внимание на состояние суральных вен, недостаточность которых приводит к указанным симптомам.

Лечение хронической венозной недостаточности

Основным принципом лечения ХВН является сочетание хирургического и консервативного методов лечения. Терапия должна быть направлена на улучшение макро- и микроциркуляции.

Принципы лечения трофических язв при хронической венозной недостаточности

Основной метод лечения – радикальная хирургическая операция с целью ликвидации вено-венозного рефлюкса и снижения венозной гипертензии при условии минимальной инвазивности (травматичности) вмешательства.

Хирургическое лечение

Виды стандартных операций при хронической венозной недостаточности

При варикозной болезни:

- приустьевая резекция большой подкожной вены, или кроссэктомия (операция по Троянову – Тренделенбургу);

- операция Бэбкокка (удаление большой и малой подкожных вен с помощью металлического зонда).

При посттромбофлебитической болезни:

- локальная субфасциальная перевязка коммуникантных вен.

Выполнение стандартных операций при ХВН затруднено у пациентов пожилого и старческого возраста из-за тяжести состояния этих больных и сопутствующей патологии.

Малоинвазивные методы лечения хронической венозной недостаточности

Склерохирургия, видеоэндохирургия, комбинация различных малотравматических методов (хирургических, склерозирующих, эндоскопических и компрессионных).

Склерохирургия

Склерохирургия заключается в сочетанном применении малотравматических хирургических вмешательств с рациональным использованием различных методов флебосклерозирующего лечения. При стволовой форме варикозной болезни целесообразно выполнение катетерной флебэктомии. Для снижения объема и травматичности операции применяется интраоперационная катетерная склеротерапия или послеоперационное склерозирование подкожных вен. Для склеротерапии используются препараты из класса детергентов с наибольшей степенью очистки.

После операции необходимо поддержание компрессии склерозированного сосуда в течение 5–7 дней.

Кроме того, в зоне трофических поражений кожи проводится склерозирование недостаточных перфорантных вен под контролем дуплексного ангиосканирования. Склерозирующий препарат вводится в сосуд максимально быстро, при этом на мониторе в режиме цветного картирования кровотока в недостаточной перфорантной вене меняет цвет. После этого незамедлительно производится локальная компрессия склерозированного сосуда.

Склеротерапия – эффективный и безопасный метод комплексного лечения ХВН у пациентов пожилого и старческого возраста.

Флебэндохирургия

Этот метод лечения хорошо зарекомендовал себя в ходе хирургического лечения трофических язв и терапии индуративных изменений кожи голени. Травматическая операция по Линтону выполняется эндоскопически, через небольшой разрез (2–4 см), который производится в отдалении от патологически измененных тканей. Флебэндохирургия, не уступающая по эффективности классической операции по Линтону, позволяет в 7–10 раз снизить травматичность вмешательства и число тяжелых осложнений (нагноения, кожные некрозы, лимфо-рея, коллоидные рубцы, лигатурные свищи, рожистое воспаление). Кроме того, улучшаются косметические результаты терапии и значительно уменьшаются сроки реабилитации.

Компрессионная терапия

Этот метод лечения проводится при всех формах и на всех стадиях ХВН. Адекватный подбор компрессионных изделий (чулки, бинты), равномерное физиологическое распределение давления и оптимальный режим применения позволяют восстановить флебогемодинамические и микроциркуляторные нарушения. Выбор вида компрессионного трикотажа осуществляется индивидуально.

Консервативное лечение

Абсолютными показаниями к фармакотерапии являются осложненные формы заболевания (трофические нарушения, вторичный лимфостаз), выраженные симптомы ХВН (чувство тяжести, судороги в области икроножных мышц, отечный синдром).



хирургическое отделение

Цели медикаментозной терапии:

1. Повышение тонуса вен.
2. Улучшение венозного и лимфатического оттока.
3. Воздействие на микроциркуляцию.
4. Коррекция гемореологии.
5. Купирование воспалительных и других кожных проявлений (изъязвление, язва, экзема, истечение лимфы, мацерация).

Для повышения тонуса вен и улучшения венозного оттока применяются: рутозид (по 1 таблетке 2 раза в сутки), эсцин (1–2 драже 3 раза в сутки), а также препараты нового поколения, содержащие диосмин, гесперидин, экстракты виноградных косточек, иглицы колючей, Гинкго Билоба.

С целью устранения расстройств микроциркуляции назначаются пентоксифиллин (по 1 драже 3 раза в день), тиклопидин (по 1 таблетке 2 раза в день), клопидогрель (по 1 таблетке 1 раз в сутки), ацетилсалициловая кислота (по 100 мг в сутки).

Для купирования воспаления применяются нестероидные противовоспалительные средства: диклофенак (по 1 таблетке 3 раза в сутки), индометацин (до 4 капсул в сутки) и мази с индометацином, троксерутином, диклофенаком.

Монотерапия ХВН с использованием современных флеботонических препаратов, оказывающих поливалентное действие, позволяет добиться устойчивого терапевтического эффекта и избежать побочных реакций.

Лечение варикозной экземы

Лечение варикозной экземы является непростой задачей. Необходимо проводить адекватную местную терапию с учетом стадии болезни, фазы воспаления и степени выраженности кожных проявлений.

Кортикостероидные препараты

Топическое применение кортикостероидных препаратов основано на их противовоспалительном, иммуносупрессивном, антиаллергическом, противозудном, антиэкссудативном эффектах.

Выбор лекарственной формы препарата зависит от стадии экзематозного процесса на момент начала терапии. Эмульсии или лосьоны с высоким содержанием жирных компонентов и воды предназначены для мокнущих участков кожи, так как они уменьшают экссудацию, снижают отечность. Кремы (средства, содержащие 1 часть воды и 2 части жирной основы) используются в острой стадии заболевания, сопровождающейся экссудацией и мокнутием. У пациентов с сухой, шелушащейся кожей используются жирные мази, практически не содержащие воды.

При наличии зуда назначаются антигистаминные средства из группы блокаторов H_1 -гистаминовых рецепторов: клемастин, хлоропирамин, хифенадин по 1 таблетке 3–4 раза в день (до 6 таблеток в сутки) в течение 3–4 нед.

Местное лечение трофических язв

Комплексная терапия трофических язв:

1. Адекватная компрессионная терапия с помощью эластических бинтов или чулок (снижается венозная гипертензия и улучшается состояние мышечно-венозной помпы).

2. Возвышенное положение конечности для ускорения венозного и лимфатического оттока.

3. Создание функционального покоя конечности для восстановления венозного тонуса.

4. Лечебная гимнастика и физиотерапевтические процедуры для улучшения микроциркуляции (магнитотерапия, ультразвуковые волны, лазерная терапия).

5. При воспалительных явлениях вокруг язвы и мокнущи широко применяются примочки с антисептиками (риванолом, фурацилином, диоксидином, марганцово-кислым калием).

После уменьшения остроты воспалительного процесса на область язв накладываются повязки с мазями, в состав которых входят хлорамфеникол, сульфадиметоксин, метилурацил, диоксидин.

Высокой эффективностью при трофических язвах и отеках конечностей обладает мазь, содержащая гепарин натрия, преднизолон ацетат, полидоканол), которая наносится на область поражения 2 раза в сутки. Мазь, в состав которой входят гепарин натрия, преднизолон ацетат, полидоканол, улучшает микроциркуляцию в области трофической язвы и обладает выраженным противовоспалительным, ранозаживляющим и противоотечным действием.

После стихания воспалительного процесса и очищения язвы от гнойно-некротических тканей в стадии грануляции наиболее эффективны мази с метилурацилом, солкосерилом, а также облепиховое масло.

Таким образом, патологические изменения, возникающие при ХВН на тканевом, клеточном и микроциркуляторном уровнях, определяют необходимость разработки программы рационального комплексного лечения. В нее входят хирургическая коррекция, общая и местная лекарственная терапия, физиотерапевтические процедуры, компрессионные мероприятия.

