

Консервативное лечение хронической венозной недостаточности

С.Г.Гаврилов

Клиника факультетской хирургии лечебного факультета (зав. – акад. В.С.Савельев) РГМУ, Москва

Наиболее эффективным способом лечения хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей служит хирургическая операция. Вместе с тем в оперативном лечении нуждаются лишь 1/4 пациентов. Остальным же показано систематическое и продолжительное, а иногда пожизненное консервативное лечение. Это относится к больным с начальными проявлениями ХВН (синдром "тяжелых ног", телеангиэктазии, ретикулярный варикоз и преходящий отек ног), трофическими язвами, тяжелыми формами посттромбофлебитической болезни, ангиовенозными дисплазиями [1, 2]. Кроме того, консервативная терапия необходима в качестве предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде при декомпенсированных стадиях заболевания с целью ускорения реабилитации пациентов, уменьшения периода их нетрудоспособности. Таким образом, консервативная терапия занимает важное место в лечении ХВН и ее осложнений. Недооценка роли компрессионного, медикаментозного и физиотерапевтического лечения приводит к неоправданно высокому риску хирургического пособия, увеличению послеоперационных осложнений и длительному реабилитационному периоду.

Настоящая работа посвящена обзору различных методов консервативного лечения ХВН и их месту в комплексной программе лечения этой патологии.

Организация труда и отдыха

Прежде чем осветить специальные способы лечения ХВН, следует остановиться на таком немаловажном вопросе, как рациональная организация режима труда и отдыха, характера питания пациентов.

Больным с венозной недостаточностью необходимо соблюдать охранительный и разгрузочный режим. В этом плане актуальным является ночной отдых с приподнятым ножным концом кровати на 15–20°, следует избегать пребывания в длительном неподвижном ортостатическом положении, избыточных физических нагрузок, поднятия тяжестей. При ХВН ходьба является лечебным мероприятием только в случае эффективной работы мышечно-венозной помпы голени. Поэтому перед тем как разрешать динамические нагрузки, больному после спокойного стояния в течение 1–2 мин предлагают промаршировать на месте – если цианоз кожи стопы уменьшается, то "помпа" справляется с нагрузкой. Если при указанной пробе цианоз дистальных отделов конечности усиливается, то это свидетельствует о неэффективном венозном возврате и диктует необходимость строгого дозирования ходьбы: не более 3–5 км со скоростью до 4 км/ч по ровной местности. Отрицательным воздействием на венозный отток из нижних конечностей служит длительное сидение в позиции, когда коленный и тазобедренный суставы согнуты под углом 90° и более. Следует объяснить больному, что сидеть ему лучше в кресле, положив ноги на скамеечку. Если же это невозможно, то через каждые 30 мин он должен вставать и разминаться.

Что касается характера питания, то больным с ХВН рекомендуют ограничить прием жирной и острой пищи, воздержаться от алкоголя, обязательным является ограничение приема жидкости. Пациентам необходимо употреблять в пищу больше овощей, фруктов, нежирных сортов рыбы, вареного мяса, растительных биофлавоноидов. Тучным пациентам подбирается гипохолестеринная низкокалорийная диета с целью умень-

шения массы тела. Обязательным условием является нормализация стула, так как запоры являются фактором, провоцирующим венозную гипертензию в нижних конечностях.

Наличие клинических проявлений ХВН диктует необходимость отказа от посещения бань и саун, принятия горячих ванн, применения массажа ног. Предметы одежды должны быть удобны, не рекомендуется ношение узких брюк, плавок, сдавливающих подкожные вены и затрудняющих возврат крови.

Фармакотерапия

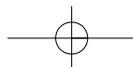
Медикаментозное лечение играет важную роль в программе комплексного лечения ХВН. В настоящее время имеется целый ряд новых препаратов, обладающих комбинированным механизмом действия. Применение различных веноактивных лекарственных средств преследует основную цель – купирование клинических проявлений заболевания. Другими целями фармакотерапии служат: предотвращение осложнений ХВН (варикотромбофлебит, ретротромбоз), предоперационная подготовка и послеоперационная реабилитация. Основными задачами лечения являются повышение тонуса вен, улучшение лимфотока и микроциркуляции, реологических свойств крови, купирование воспаления.

С целью повышения тонуса венозной системы и улучшения лимфодренажа применяют ряд хорошо известных препаратов: рутозид, троксерутин, эсцин, микронизированные фракции флавоноидов диосмина и гемперицина, экстракт гинкго билоба, сухой экстракт красных листьев винограда. Устранению микроциркуляторных расстройств способствует использование низкомолекулярных декстранов, пентоксифиллина, ацетилсалициловой кислоты, клопидогрела. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов (кетопрофен, диклофенак), системной энзимотерапии (вобэнзим, флогэнзим) обеспечивает купирование воспалительных изменений в стенке вен.

Наряду с указанными лекарственными средствами в лечении ХВН широко применяют топические средства. Гепаринсодержащие мази и гели, мазевые формы рутозида и троксерутина способствуют уменьшению таких симптомов заболевания, как отеки, утомляемость ног, боли и судорог в икроножных мышцах. Наличие таких осложнений ХВН, как дерматит, варикозная экзема, служит показанием к использованию кортикостероидных мазей и кремов (флуцинар, тридерм, целестодерм). Раневые покрытия (гелепран, альгипор, алевин) используют в лечении трофических язв с учетом фазы раневого процесса. Они способствуют очищению, грануляции и эпителизации венозных язв.

Принципы медикаментозной терапии хронической венозной недостаточности:

- назначаются препараты разного механизма действия;
- монотерапия поливалентными препаратами;
- лечение проводится курсами по 1,5–2 мес не реже 2 раз в год;
- лекарственные компоненты последующих курсов должны меняться;
- промежуток между курсами медикаментозной терапии должен заполняться физиотерапевтическим или санаторно-курортным лечением;
- лекарственные препараты подбирают с учетом индивидуальной переносимости.



Компрессионное лечение

Ключевым методом консервативного лечения ХВН является компрессионная терапия. Эластическая компрессия является патогенетически обоснованным и эффективным способом коррекции нарушений венозного оттока.

Лечебный эффект компрессионного воздействия осуществляется благодаря следующим механизмам:

1. Снижение патологической емкости вен нижних конечностей за счет компрессии подкожных вен, межмышечных венозных синусов, перфорантных вен.
2. Улучшение функциональной способности клапанного аппарата, что обусловлено уменьшением поперечного сечения вены. Благодаря этому возрастает скорость кровотока и уменьшается функциональная недостаточность.
3. Усиление резорбции тканевой жидкости в венозном отделе капилляра и снижение ее фильтрации в артериальном вследствие повышения тканевого давления.

4. Увеличение фибринолитической активности крови, обусловленной более интенсивной выработкой тканевого активатора плазминогена.

Таким образом, ожидаемым результатом компрессии является нормализация работы мышечно-венозной помпы нижних конечностей и устранение венозного застоя, а также, в какой-то мере, улучшение реологических свойств крови и микроциркуляции. Указанные положительные качества компрессионной терапии устраняют такие проявления ХВН, как чувство тяжести в ногах, судороги, уменьшают отеочный синдром и способствуют заживлению трофических язв. Кроме того, она незаменима как средство профилактики и прогрессирования ХВН различной природы.

Показания и противопоказания к компрессионному лечению

Компрессионное лечение показано при любых формах ХВН. В зависимости от лечебных задач, формы и стадии заболевания компрессионная терапия используется ограниченное или длительное время.

Кратковременное применение компрессии показано в следующих случаях:

- хирургическое и инъекционное лечение варикозной болезни,
- подготовка больных ХВН к оперативному лечению,
- профилактика ХВН во время беременности,
- профилактика венозных тромбоемболических осложнений после различных оперативных вмешательств.

Пожизненная эластическая компрессия необходима при посттромбофлебитической болезни, различных видах ангиодисплазий.

Абсолютных противопоказаний к компрессионному лечению нет. Только наличие у пациентов облитерирующего заболевания артерий со значениями плечелодыжечного индекса менее 0,8 можно рассматривать как относительное противопоказание. Также нежелательно назначать компрессию пациентам с экссудативным дерматитом, декомпенсированной сердечной недостаточностью, диабетической ангиопатией.

Задачами, которые призвано решить компрессионное лечение, являются:

- нормализация венозного оттока,
- восстановление дренажа лимфы,
- улучшение микроциркуляции.

Основной гемодинамический результат наложения компрессионного биндажа – это многократное увеличение дебета крови и снижение интравенозного давления. Наряду с макрогемодинамическими эффектами эластическая компрессия приводит к улучшению показателей микроциркуляции.

Способы компрессионного лечения

Компрессионное лечение может быть осуществлено с помощью эластических бинтов и медицинского компрессионного трикотажа. Эластические бинты обладают различной степенью растяжения, в зависимости от которой их применяют. Следует сказать, что пациента обязательно следует научить правильно бинтовать ногу. В противном случае вместо лечебного эффекта можно ухудшить венозный отток из пораженной конечности. Бинтование выполняют утром до подъема пациента с постели. Перед этим рекомендуется приподнять на 10–15 мин пораженную конечность или конечности под углом 45°, после чего наложить бинт таким образом, чтобы первые его витки начинались от пальцев стопы, каждый последующий тур перекрывал предыдущий на 2/3. Пятка и околосредыжечные ямки должны быть закрыты эластическим бинтом по типу "гамачка", при необходимости допускается использование марлевых или поролоновых валиков для дополнительной компрессии околосредыжечных ямок с целью предупреждения отека. Во время бинтования необходимо избегать чрезмерного натяжения бинта. Необходимо помнить, что свои эластические функции бинт выполняет в вертикальном положении больного, когда усилится приток крови в пораженной конечности. Критериями правильного бинтования являются: отсутствие после снятия бинта перетяжек кожи, прочная фиксация бинта на конечности, отсутствие околосредыжечного отека и неприятных ощущений во время ношения бинта.

Практика показывает, что во многих случаях пациенты неправильно бинтуют ноги в связи с физической невозможностью (ожирение, заболевания суставов и позвоночника), подсознательным "щажением" пораженной конечности и плохой обучаемостью. Помимо того, эластическим бинтам присущи такие недостатки, как трудность достижения адекватной компрессии на бедре, непропорциональное распределение давления, низкие эстетические качества.

Указанным выше недостаткам лишен медицинский компрессионный трикотаж (гольфы, чулки, колготы). Эти лечебные изделия изготавливаются на специальном оборудовании по бесшовной технологии с использованием натуральных и синтетических волокон. Компрессионный трикотаж обеспечивает физиологическое распределение давления (постепенное его уменьшение в проксимальном направлении), учитывает анатомические особенности ног, обеспечивает прочность при длительном использовании и высокие эстетические качества.

Показания к применению

Компрессионные изделия в зависимости от степени компрессии и предназначения разделяют на профилактические (давление на уровне лодыжек не более 18 мм рт. ст.) и лечебные (давление на уровне лодыжек от 18 до 46 мм рт. ст.). Классификация компрессионного трикотажа представлена в таблице.

Профилактический трикотаж не требует специального подбора, и его размер соответствует таблице роста и массы тела пациента. Эти изделия для отличия от лечебных маркируют в ДЕНах. ДЕН (от ДЕНЬЕ) – это характеристика плотности ткани, зависящая от количества эластических волокон. Надо четко представлять, что уровень компрессии в ДЕНах прямо не коррелирует со степенью лечебной компрессии (мм рт. ст.). Использование профилактической компрессии показано при повышенной утомляемости ног, во время беременности, при тяжелой физической работе, длительном пребывании в статическом положении (сидение/стояние), ожирении, приеме гормональных контрацептивов. Лечебный компрессионный трикотаж подбирают не только с учетом патологии, но и по индивидуальным размерам.

Важно, чтобы снятие мерок проводилось до появления (увеличения) отека конечности. Поэтому измере-

Классификация компрессионного трикотажа

Компрессионный класс (давление в мм рт. ст.)	Показания к применению
Профилактический трикотаж (до 18)	Предупреждение ХВН в группах риска (беременность, малоподвижный образ жизни, длительное пребывание в положении стоя или сидя, прием гормональных контрацептивов, наследственная предрасположенность, значительные колебания массы тела и др.)
I (18–21)	Синдром "тяжелых ног", ретикулярный варикоз, телеангиэктазии
II (25–32)	Варикозная болезнь (в том числе у беременных), состояние после склеротерапии или хирургической операции, профилактика тромбоза глубоких и поверхностных вен в группах риска
III (36–46)	Варикозная болезнь с трофическими расстройствами, посттромбофлебитическая болезнь, лимфенозная недостаточность
IV (>59)	Лимфедема, врожденные аномалии венозной системы

ние окружности ног пациента на разных уровнях необходимо выполнять утром после ночного отдыха до начала активной деятельности пациента.

Вид компрессионного трикотажа (гольфы, чулки, колготы) определяется локализацией и протяженностью патологических изменений венозной системы. Например, наличие варикозных вен на голени, обусловленных перфорантной недостаточностью, является показанием к использованию гольф II компрессионного класса. В случае локализации варикозных вен на бедре необходимо использование чулок или колгот. Общим принципом подбора медицинского компрессионного трикотажа является то, что верхний край изделия должен на 5–10 см перекрывать пораженный венозный сегмент.

Основное направление этого способа лечения – создание эластического каркаса для поверхностных вен и лимфатических сосудов, направленное на укрепление их клапанного аппарата и обеспечение адекватного центростремительного тока крови. Данный вид лечения можно отнести к разряду патогенетических, так как он позволяет воздействовать на основное патологическое звено ХВН – несостоятельность клапанов магистральных и перфорантных вен.

Эластическая компрессия препятствует формированию дополнительных венозных емкостей, которые затрудняют и без того нарушенную работу мышечно-венозной помпы голени. Она предупреждает расширение подкожных вен и уменьшает возможность сброса крови через несостоятельные перфорирующие вены. Так как мышечно-венозная помпа голени является производной ходьбы, то становится ясным, что эластическая компрессия особенно необходима в период физических нагрузок.

Фитотерапия

Комбинированный сбор лекарственных трав, обладающих мочегонной, противовоспалительной, антиаллергической и дезинфицирующей активностью, занимает важное место среди средств терапии ХВН. Отсутствие побочных эффектов обуславливает возможность его постоянного применения. В состав сбора входят: листья брусники обыкновенной, толокнянка обыкновенная, зверобой продырявленный, клоква, плоды шиповника и листья смородины. Высушенные компоненты сбора смешивают в равных количествах и настаивают из расчета: 1 столовая ложка сбора на 1 стакан кипятка в течение 20–30 мин. Принимают 1 стакан этого настоя по утрам. Также полезен прием моченой брусники в натуральном виде. Большое количество рутина содержится в гречневой крупе. Измельченная в муку, она может быть назначена в натуральном виде по 1 столовой ложке в день как противоотечное и противовоспалительное средство.

Физиотерапия

Различные виды физиотерапевтических процедур отличаются необременительностью для больного и достаточно выраженный клинический эффект при небольших экономических затратах. Наиболее эффективным является воздействие магнитным полем. Установлено, что магнитотерапия оказывает фибринолитическое, противовоспалительное и венозотонизирующее действие. Высокая эффек-

тивность магнитотерапии установлена в отношении индуктивного целлюлита, обусловленного ХВН. Лечение осуществляется воздействием переменного или постоянного магнитного поля. Первый вид магнитотерапии осуществляется с помощью стационарных установок типа "Полюс" по 15–20 процедур на курс. Воздействие постоянного магнитного поля может быть обеспечено ношением специальных пластин – магнитофоров, прикрепляемых на голени или используемых в виде стельки.

В комплексном лечении ХВН с успехом используются диадинамические токи по 15–20 сеансов на курс.

Перспективным и эффективным методом терапии хронической лимфенозной недостаточности является использование систем переменного пневмомассажа конечностей (лимфопресс, веномат, лимфомат). Создавая под контролем компьютера эффект "бегущей воздушной волны", эти аппараты обеспечивают эффективное дренирование и опорожнение подкожных и глубоких вен, а также лимфатических коллекторов. Курс лечения обычно включает 25–30 сеансов. Целесообразно применение 2–3 курсов в год.

Санаторно-курортное лечение

Этот вид лечения имеет немаловажное значение в лечении ХВН. Все курорты сосудистого направления делятся на бальнеологические, грязевые и климатические.

Пациентам с посттромбофлебитической болезнью более всего подходят лечебницы с радоновыми водами: Арасан-Капал, Белая Церковь, Белокуриха, Пятигорск, Увильды, Хмельник, Цхалтубо, Янгантау. Широко используют курорты с сероводородными водами: Кемери, Кисловодск, Ключи, Любень-Великий, Менджи, Немиров, Пятигорск, Сочи, Сергиевские Минеральные Воды, Чемион, Шихово. Малоизвестны, но рекомендуются санатории на азотных кремнистых термальных водах: Ботаника, Ходжа-Обигарм, Алмаарасан, Джалал-Абад, Иссык-Ата, Кульдур.

Лечебная нафталановая нефть одноименного курорта (Нафталан) не содержит бензина, и ее применение в виде ванн или аппликаций дает стойкий лечебный эффект у большинства больных с ХВН. Хорошие результаты наблюдаются от применения иловой грязи и рапы Мойнакского озера в Евпатории. Больным с трофическими нарушениями кожи полезны теплые морские ванны, плавание в которых приводит к продолжительному уменьшению отека и сокращению площади трофических расстройств кожи.

Заключение

Таким образом, консервативная терапия ХВН обладает широкими возможностями и позволяет воздействовать на разные звенья патогенеза заболевания. Рациональное использование компрессионного, медикаментозного и физиотерапевтического лечения позволяет значительно уменьшить симптомы венозной недостаточности и повысить качество жизни пациентов.

Литература

1. Stiemmer R. *Strategies of treatment by compression and mobilization. Impressions Graphiques. Bruustatt. France, 1995.*
2. Vollert B, Klein G, Schlez A, Junger M. *Good compliance with compression stocking treatment for chronic venous insufficiency. Vasomed 1999; 1: 52.*