

УДК 616.14-007.63

Макимова В.П., Цулан К.О., Саная Г.С.

студенты

4 курс, лечебный факультет

Северо-Западный государственный медицинский университет

имени И. И. Мечникова

Россия, г. Санкт-Петербург

Темнякова В.А., Тюсенко А.Е.

студенты

3 курс, лечебный факультет

Северо-Западный государственный медицинский университет

имени И. И. Мечникова

Россия, г. Санкт-Петербург

Научный руководитель: Иванов М.А.

ПРЕДИКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Аннотация: В работе представлен анализ результатов обследования 80 пациентов с хронической венозной недостаточностью (ХВН), разделенных на 2 группы. В первую группу были включены мужчины со стадией С3-С4 по СЕАР (40 человек), во вторую – женщины со стадией со стадией С3-С4 по СЕАР (40 человек). Были проанализированы различия возникновения предикторов риска хронической венозной недостаточности. Пациентам с начальными стадиями развития ХВН предлагается использовать методы снижения скорости прогрессирования ХВН.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность, предикторы риска, Venous Clinical Severity Score.

Annotation: The research presents the examination results of 80 patients who have chronic venous insufficiency (HVI) of lower extremities. There are two

groups of patients. There are men who have stage C3-C4 by CEAP (40 patients) in the first group and women who have stage C3-C4 (40 patients) in the second group. The differences of risk predictors are analyzed. We offer to use methods of risk reduction to patients who have initial stage of venous insufficiency.

Key words: chronic venous insufficiency, risk predictors, Venous Clinical Severity Score.

Актуальность. Актуальность проблемы хронической венозной недостаточности (ХВН) определяется распространенностью заболевания. В настоящее время данная патология является наиболее часто встречаемой среди лиц и женского, и мужского пола старше 40 лет. В среднем уровень распространенности может достигать 10–15% взрослого трудоспособного населения. А в таких развитых странах, как США и в странах Западной Европы - около 25% населения. Это прежде всего связано с образом жизни населения, наследственной предрасположенностью, различными сопутствующими заболеваниями. Основными факторами риска являются возраст, женский пол, генетически обусловленное ослабление стенок вен и структуры клапанов (ведущее к т. н. первичным варикозным расширениям вен), беременность, работа в положении сидя или стоя, ожирение. Независимо от причины, основным фактором, ведущим к развитию ХВН, является венозная гипертензия в результате отсутствия, недоразвитости, недостаточности или разрушения венозных клапанов, непроходимости или сужения вен в результате тромбоза (и отсутствия или неполной реканализации после перенесенного тромбоза) или компрессии вен – «клапанная» теория развития данной патологии. Косвенным подтверждением «клапанной» теории ХВН явились результаты известных эпидемиологических исследований, проведенных в Германии и Швейцарии, на основании которых был сделан вывод о первоочередной необходимости коррекции клапанной недостаточности венозного русла с помощью эластической компрессии или хирургическим путем. Особенно важно отметить, что риску развития ХВН

подвержены люди, длительное время пребывающие в вертикальном положении. Поскольку величина давления в венах ног прямо пропорциональна росту, то высокие люди более склонны к хронической венозной недостаточности. Так же причиной может выступить хронические запоры, гормональная контрацепция, систематические занятия профессиональным спортом.

Основными симптомами, возникающими при ХВН, являются: тяжесть в ногах, боли в икроножных мышцах, что вызвано снижением венозного тонуса и гипоксемией; судороги, отечность нижних конечностей к вечеру, что вызвано перегрузкой лимфатической системы, повышенной проницаемостью капилляров и воспалительными реакциями; постоянный кожный зуд. Чаще данные симптомы комбинируются.

Следует сказать, что заболевание опасно развитием трофических нарушений, в том числе представляющих большую опасность трофических язв. Также возможно возникновение кровотечения из варикозного узла, обусловленного разрывом или изъязвлением истонченной кожи над варикозной веной или восходящего тромбоза поверхностных вен нижних конечностей.

Существенно ухудшается качество жизни пациентов, что делает ХВН значимой медико-социальной проблемой. Отмечается крайне неблагоприятная тенденция – «омоложение» болезни, чему наиболее способствует образ жизни пациентов. Определение гендерных различий в отношении предикторов риска хронической венозной недостаточности позволит разработать гендерно-ориентированные подходы к профилактике и лечению данной патологии.

Цель. Оценить частоту встречаемости и гендерные различия предикторов риска хронической венозной недостаточности.

Исходя из поставленной цели были определены следующие задачи.

1. Определение предикторов риска ХВН у мужчин и женщин со стадией С3-С4 по СЕАР.
2. Учет методов снижения риска развития ХВН.
3. Сравнение частоты использования методов снижения риска развития ХВН у пациентов обеих групп.
4. Оценка и сравнительный анализ частоты наличия предикторов риска ХВН и применения методов снижения риска развития ХВН.

Гипотеза. Женщины имеют большее количество факторов риска развития ХВН, чем мужчины. Это связано с различными изменениями гормонального фона у женщин, беременностью и родами, различной гормональной контрацепцией, образом жизни и т. д.

Пациенты со стадией ХВН С2-С4 по СЕАР редко используют методы снижения риск развития ХВН. А если и используют, то преимущественно на поздних стадиях.

Объект. Образ жизни пациентов.

Предмет. Предикторы риска хронической венозной недостаточности.

Материалы и методы. В работе представлен анализ результатов обследования 80 пациентов с ХВН, разделенных на 2 группы. В первую группу были включены мужчины со стадией С3-С4 по СЕАР (40 человек), во вторую – женщины со стадией С3-С4 (40 человек). Для определения степени выраженности ХВН были использованы шкала Venous Clinical Severity Score (VCSS) и международная классификация СЕАР.

При оценке степени тяжести ХВН по VCSS используют ряд клинических признаков, которым присваивают балльный эквивалент в зависимости от их выраженности (табл. 1). Сумма баллов отражает тяжесть патологии: чем больше баллов, тем тяжелее течение ХЗВ. Изменение суммы баллов в динамике позволяет оценивать степень прогрессирования заболевания или эффективность лечебных мероприятий.

Шкала оценки тяжести ХВН VCSS

Признак	Баллы			
	0	1	2	3
Боль	Нет	Эпизодические, не требующие анальгетиков	Ежедневные, умеренное ограничение активности, эпизодически - анальгетики	Ежедневные, выраженное ограничение активности, регулярное использование анальгетиков
Варикозно-расширенные вены	Нет	Незначительно выраженные притоки при состоятельности стволоч большой и/или малой подкожных вен	Множественные при сегментарном рефлюксе по большой и/или малой подкожным венам	Выраженные при мультисегментарном рефлюксе по большой и/или малой подкожным венам
Отек	Нет	Только вечерние околородыжечные отеки	Отеки во второй половине дня выше лодыжки	Утренние отеки выше лодыжки, требующие возвышенного положения
Гиперпигментация	Нет или локальная, незначительная	Диффузная, но ограниченная в размерах, коричневого оттенка	Диффузная, выходящая за пределы нижней трети голени или недавно развившаяся (с фиолетовым оттенком)	Распространенная, выше нижней трети голени
Воспаление	Нет	Незначительно выраженный целлюлит по краям язвы	Умеренно выраженный целлюлит	Тяжелый целлюлит или венозная экзема

Индурация	Нет	Локальная (в диаметре менее 5 см)	На медиальной или латеральной поверхности, занимающая менее чем область нижней трети голени	Поражение всей нижней трети голени и более
Число язв	0	1	2-4	Более 4
Активная язва, длительность	Нет	Менее 3 мес.	Более 3 мес., менее 1 года	Не заживает более 1 года
Активная язва, размер	Нет	Менее 2 см в диаметре	2-4 см в диаметре	Более 4 см в диаметре
Компрессионная терапия	Не используется или неадекватная	Непостоянное использование	Использование в течение большинства дней	Адекватная компрессия

Основу структуры классификации CEAP составляют следующие разделы:

- клинический (C-clinical)
- этиологический (E- etiological)
- анатомический (A- anatomical)
- патофизиологический (P-patophysiological) = CEAP

Клиническая часть классификации учитывает основные наиболее часто встречающиеся признаки ХВН нижних конечностей. Всего выделяют семь клинических классов:

класс 0 - нет видимых симптомов болезни при осмотре и пальпации, но есть характерные жалобы;

класс 1 - телеангиэктазии и ретикулярные вены;

класс 2 - варикозно-расширенные вены;

класс 3 - отек, боли, тяжесть и быстрая утомляемость в икроножных мышцах.

класс 4 - трофические расстройства (пигментация кожи, липодерматосклероз).

класс 5 - кожные изменения, указанные выше + зажившая трофическая язва

класс 6 - кожные изменения, указанные выше + открытая язва.

Были использованы следующие функциональные пробы:

1. Проба Броди-Троянова-Тренделенбурга. Позволяет диагностировать клапанную недостаточность большой подкожной вены бедра и перфорантов. Больного укладывают на спину. Поднимают ногу и дают подкожным венам опорожниться от крови. В верхней трети бедра накладывают резиновый жгут. Больного переводят в вертикальное положение. Оценку пробы производят до и после снятия жгута, выделяют 4 варианта пробы: - Вены после прекращения окклюзии заполняются медленно в течение 30 сек. Следовательно, клапаны вен функционируют нормально. - Вены после прекращения окклюзии заполняются в течение нескольких секунд током крови сверху вниз, что говорит о недостаточности клапанов большой подкожной вены. - Поверхностные вены быстро, за 5-10 секунд, заполняются до устранения сдавления большой подкожной и наполнение их не увеличивается после снятия жгута. У таких больных заполнение 14 поверхностной венозной системы происходит из глубоких вен через несостоятельные перфорантные вены - поверхностные вены быстро заполняются до устранения сдавления большой подкожной вены, а после дезобструкции наполнение вен ещё более увеличивается. В этом случае имеет место недостаточность клапанов как перфорантных вен, так и большой подкожной вены.

2. Пробы Пратта позволяют определить несостоятельность перфорантных вен и их локализацию. В положении лежа поднятую ногу больного под углом 45-60 градусов бинтуют 1-ым эластическим бинтом от стопы до верхней трети бедра. Выше большую подкожную вену пережимают резиновым жгутом, предотвращая ретроградный сброс крови через

несостоятельный остиальный клапан. Больного переводят в вертикальное положение и тотчас ниже жгута накладывают второй эластичный бинт. Производят эластичное бинтование сверху вниз по мере того, как накладывается виток за витком, снимается в обратном направлении 1-ый эластичный бинт. При этом между бинтами оставляется промежуток 5-10 см, в котором отмечают появление напряженных варикозных вен. Появление последних свидетельствует о недостаточности перфорантов.

3. Трехжгутовая проба Шейниса позволяет выявить несостоятельные перфорантные вены и их локализацию. Больному в горизонтальном положении после опорожнения поверхностных вен накладывают 3 жгута: первый - в верхней трети бедра, второй - над коленом, третий - ниже коленного сустава и предлагают встать. Заполнение подкожных вен между жгутами свидетельствует о патологическом сбросе крови в этом участке из глубоких вен в поверхностные через несостоятельные перфоранты.

4. Маршевая проба Дельбе-Пертеса характеризует проходимость глубоких вен, что позволяет дифференцировать варикозную болезнь и посттромбофлебитическую. Маршевую пробу в вертикальном положении при максимальном наполнении поверхностных вен. На верхнюю треть бедра накладывают резиновый жгут для пережатия большой подкожной вены. Отток венозной крови в этом случае возможен по глубокой венозной системе. Больного просят ходить и маршировать на месте в течение 5-10 мин. Быстрое опорожнение поверхностных вен происходит при хорошей проходимости глубокой венозной системы за счёт оттока крови по перфорантам. Если этого не происходит, появляется распирающая боль, можно предположить наличие посттромботической окклюзии глубоких вен.

Для определения предикторов ХВН был использован оригинальный вопросник. Оценивался индекс массы тела, липидный спектр крови и количество тромбоцитов, наличие сахарного диабета и особенности его течения, гипертоническая болезнь. Учитывалось наличие в анамнезе ОНМК,

ХСН, стенокардии, ТЭЛА, заболевания печени и ЖКТ. Рассматривался возраст проявления болезни: до 40 лет и после 40, а также быстрое прогрессирование болезни за последние 5 лет. Учитывался прием препаратов, таких как статины, дезагреганты, антикоагулянты, гормональные средства. Оценивалась физическая активность на момент заболевания (гиподинамией считалась ходьба менее 30 минут в день). Учитывалось ношение компрессионного трикотажа и использование мазей как факторов снижения риска прогрессирования ХВН.

Все обследованные пациенты дали согласие на проведение обследования.

Критерием исключения являлось наличие злокачественных новообразований.

Результаты. Количество пациентов старше 40 лет в первой группе составило 72,5%, во второй – 76,5%. Прослеживается тенденция к прогрессированию ХВН в случае изменения липидного спектра крови (ЛПНП>3,9): процент пациентов с ЛПНП>3,9 в первой группе – 47,5, во второй - 70. Фактором риска развития тяжёлой степени ХВН является длительное течение сахарного диабета (5 лет и больше): у 57,5% и 62,5% в первой и второй группах соответственно, а также наследственная предрасположенность к заболеваниям сердечно-сосудистой системы (в т.ч. флеботромбозам и ТЭЛА): у 37,5% мужчин и 52,2% женщин. Ожирение (главным образом, висцеральное) способствует развитию тяжелых степеней ХВН: оно наблюдалось у 55% пациентов в первой группе и 67,5% - во второй. У 35% мужчин и 52,5% женщин было выявлено быстрое прогрессирование заболевания за последние 5 лет. У женщин учитывалось число беременностей (1 беременность у 47,5% пациенток, 2 – у 12,5%, 3 и более – у 7,5%) и аборт (1 аборт – у 15% пациенток, 2 и более – у 5%), гестоз (27,5% пациенток), нарушения менструального цикла (32,5% пациенток).

К методам снижения риска прогрессирования ХВН относятся ношение компрессионного трикотажа (применяли 17,5% мужчин и 32,5% женщин) и выполнение упражнений (22,5% мужчин и 35% женщин).

Выводы. Чаще заболеваниями вен нижних конечностей страдают лица старше 40 лет. Было выявлено, что у женщин имеется большее количество предикторов риска ХВН, чем у мужчин и более высокий процент их наличия: ЛПНП>3,9, длительное течение сахарного диабета, наследственная предрасположенность к заболеваниям сердечно-сосудистой системы, наличие ожирения.

Следует отметить, что у женщин имеются такие предикторы риска ХВН как число беременностей и абортов, гестоз, нарушения менструального цикла, отягощенный наследственный анамнез по гинекологическим заболеваниям и т. д.

Было выявлено, что женщины используют методы снижения прогрессирования заболевания чаще мужчин, особенно на ранних стадиях.

Использованные источники

1. Богачев В.Ю. Новые данные о хронической венозной недостаточности от эпидемиологии к лечению. // Ангиолог. и сос. хир. -2015.- т.8№2. С. 119-126.
2. Думпе Э.П., Ухов Ю.И., Швальб П.Г. Физиология и патология венозного кровообращения. М.: Медицина, 1982. 168с.
3. Есипова И.К., Новикова Н.К., Хархута А.Ф. Патологическая анатомия и гистогенез изменений вен нижних конечностей при их варикозном расширении // Вопросы патологии и регенерации органов кровообращения и дыхания. Новосибирск, 1991.-Ч.1.-С.111-121.
4. Константинова Г. Д., Алекперова Т.В., Донская Е.Д. Амбулаторное лечение больных варикозной болезнью вен нижних конечностей // Анн.хир. 2016. - №2. - С.52-55.