

РАННА ДИАГНОСТИКА, ПРЕВЕНЦИЯ И ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНА ВЕНОЗНА БОЛЕСТ



г-р Ралица
Николаева

Отделение по
ангиология, МБАЛ
„Национална
кардиологична
болница“, гр. София

Хроничната венозна болест (ХВБ) е морфологично и функционално увреждане на венозната система с голяма продължителност, засягаща повърхностната и дълбоката венозна система на долните крайници. Характеризира се с венозен клапен рефлукс (ВКР), със или без венозна обструкция (ВО). Терминът ХВБ е сборно понятие за варикозни вени (първична варикоза), посттромбозен (постфлебитен) синдром, вродени и придобити венозни малформации. Липсата на ранна диагностика и лечение обикновено води до прогресия на заболяването и развитие на венозни язви.

Епидемиология

ХВБ засяга 15-40% от населението в развитите страни и над 30% от това в Европа. Резултатите от проучванията показват, че до 17% от мъжете и до 40% от жените са засегнати от ХВБ^[1]. Световното разпространение на ХВБ, изследвана по програмата Vein Consult, е 83.6%, като 63.8% от пациентите са в диапазона от С1 до С6, а 19.7% са в С0s. През 2009 г. бяха публикувани резултатите от най-голямото епидемиологично проучване DETECT върху ХВБ в нашата страна. Оказва се, че 40% от пациентите, потърсили лекарска помощ по всякакъв повод, страдат от това заболяване. Честотата при жените е по-голяма – 51% срещу 32% при мъжете.

ХРОНИЧНА ВЕНОЗНА БОЛЕСТ ОБХВАЩА ШИРОК СПЕКТЪР ОТ ВЕНОЗНИ НАРУШЕНИЯ, ХАРАКТЕРИЗИРАЩИ СЕ С ВЕНОЗНА ХИПЕРТОНИЯ.

Характеризира се с бавен, хронично прогресиращ и рецидивиращ ход, ниска смъртност и висока морбидност. Това води до нарушена работоспособност, ранна инвалидизация и/или силно влошаване качеството на живот на пациента.

Ето защо заболяването е често подценявано и е един от често срещаните здравословни проблеми в съвременното общество. Ранната диагностика и превенция, както и адекватното лечение на заболяването са от съществено значение за намаляване риска от инвалидизация на пациентите.

Етиология

Етиологията на заболяването може да бъде първична или вторична. Приблизително 70% от пациентите с ХВБ имат първична такава, а 30% – вторична. Първичната ХВБ се дължи на вроден дефект или нарушения в биохимичния състав на венозната стена. Намаленото съдържание на еластин, повишеното ремоделиране на извънклетъчния матрикс и възпалителният инфилтрат водят до нарушаване целостта на венозната стена и стимулират дилатацията ѝ и клапната некомпетентност. Вторичната ХВБ възниква в резултат на дълбока венозна тромбоза (ДВТ), която активира възпалителния отговор и уврежда съдовата стена. Независимо от етиологията на заболяването то води до венозна хипертония^[2,3]. Необратими рискови фактори са: напреднала въз-

раст, женски пол, нетромботична обструкция на илиачна вена (синдром на May-Thurner) и фамилна обремененост. Обратимите рискови фактори включват затлъстяване, бременност и употреба на естрогенна контрацепция, мютюнупушене, уседнал начин на живот и продължително статично положение, венозно нараняване и прекарани венозни тромбози.

Патофизиология

Патофизиологичният механизъм се свързва с повишено хидростатично налягане във венозната система. Създават се условия за увреждане на ендотела на вената, активиране на левкоцитите, тяхната адхезия към венозната стена и освобождаването на фактори и медиатори на възпалението. Активирани левкоцити мигрират в интерстициума и

Ключови думи:
хронична
венозна болест,
ХВБ, венозна
хипертония

таблица 1

СЕАР КЛАСИФИКАЦИЯ – РЕВИЗИЯ 2020 Г.					
СЕАР класификация					
C0	Субективни оплаквания. Няма видими или палпируеми белези на венозно заболяване.	Er	Първична	Pr	Рефлукс
C1	Телангиектазии. Ретикуларни вени.	Es	Вторична	Pr,o	Обструкция
C2	Варикозни вени.	Esi	Вторична – интравенозна	Pr,o	Рефлукс и обструкция
C2r	Рецидивираща варикоза.	Ese	Вторична – екстравенозна	Pr	Неустановена
C3	Едем, без кожни промени.	Ec	Вродена		
C4	Промени в кожата и подкожната тъкан.	Ep	Неустановена		
C4a	Пигментация и екзема.				
C4b	Липодерматосклероза. Бяла атрофия.	As	Повърхностна	S	Симптоматична
C4c	Корона флебектатика (corona phlebectatica/malleolar flare/ пламтящ глезен).	Ad	Дълбока	A	Асимптоматична
C5	Излекувана варикозна язва. Кожни промени.	Ar	Перфоранти		
C6	Активна варикозна язва. Кожни промени.	Ap	Неустановена		
C6r	Рецидивираща активна варикозна язва				

* Цитирано от Lurie et al. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord, May 2020

пренасят възпалението към съединително-тъканните структури около вената. На ниво микроциркулация се създава лимфен застои от влошения лимфен дренаж и циркулация. В резултат на възпалението в матрикса на венозната стена се отделят протеолитични ензими, разрушаващи изграждащите го влакна коллаген тип III и еластин. Това води до промени във венозната стена, като намалена еластичност и дилатация, настъпва венозен клапен рефлукс и вторична варикоза. Дисфункцията на мускулната помпа също влошава прогнозата на заболяването. Персистиращата венозна хипертония води до хиперпигментация на кожа-

та, липодерматосклероза на подкожната тъкан и в крайна сметка до образуване на варикозна язва^[4,5].

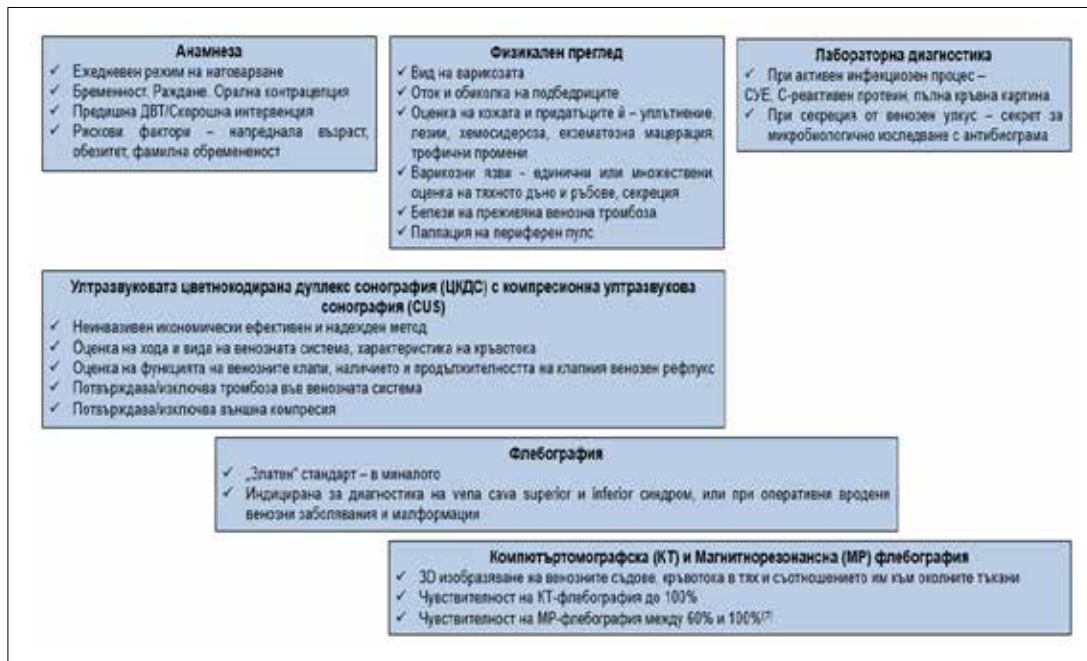
Класификация

Има множество класификации на ХВБ, но СЕАР класификацията понастоящем е златен стандарт. Тя е приета през 1994 г., последно е обновена през 2020 г., и се използва от флеболозите в цял свят. Съдържа в себе си следните елементи: С – клинична тежест, Е – етиология, А – анатомия и Р – патофизиология (Табл. 1). Разработена е, за да ръководи вземането на решения при оценка и лечение на ХВБ. Доказано е,

че системата прогнозира качеството на живот на пациента и тежестта на неговите симптоми^[6].

Клиника

Клинично ХВБ се презентира с тежест, дискомфорт или болка в мускулатурата на крайниците, „неспокойни крака“, отоци, парене дори със сърбеж. Оплакванията се облекчават или отшумяват след почивка или повдигане на краката. С напредване на заболяването се наблюдават и варикозни вени, трудно повлияващ се оток и кожни промени. Кожните промени се изразяват в хиперпигментация, липодермато-



фигура 1 склероза, дерматит, бяла атрофия и активна или временно заздравяла венозна язва.

Диагноза
(Фиг. 1)

Лечение

Първата стъпка е прилагане на консервативна терапия. Пациентите биват насърчавани да увеличат гвигателната активност, да избягват хипертермията, да поддържат тялото си добре хидратирано и чисто, да редуцират тежлото (при необходимост). Ограничава се дневният прием на сол. Употребата на еластокомпресивни бандажи е неизменна част от консервативната терапия. Целта им е да редуцират отока, да подобрят венозния кръвоток, микроциркулацията и лимфния дренаж, да подпомогнат действието на мускулната помпа и омокотят липодерматосклерозата^[8]. Според Европейската комисия по стандартите различаваме четири степени на компресия: клас I (15-22

mmHg) – профилактика на субективните оплаквания от ортостатизъм, клас II (23-32 mmHg) – варикоза, оток, профилактика на тромбози, клас III (33-48 mmHg) – тежка варикоза, ПТС, лимфедем, клас IV (над 49 mmHg) – тежък ПТС с улкус, тежък лимфедем. За степента на компресия може да се съди и по плътността на еластичните нишки в материята – от 40 до 140 DEN. Приложението на веноактивни медикаменти подобрява венозния тонус и лимфния дренаж, намалява отока и капилярната пропускливост, както и активността на левкоцитите и медиаторите на възпаление. Към тях могат да бъдат приложени и препарати, подобряващи микроциркулацията и трофиката на тъканите, както и реологията. В лечението на венозния улкус могат да бъдат включени антибиотични препарати и превръзки с йод или колоидно сребро, както и абсорбиращи или хидроколдидни превръзки. Прилагат се локално ензимни препарати и такива, стимулиращи грануляциите в основата на язвата. Съвременното лечение на венозния улкус из-

ключва агресивни препарати, които могат да нарушат образуването на грануляции като кислородна вода.

При пациенти, които нямат подобрение от консервативното лечение, могат да бъдат приложени различни методи на интервенционално лечение. Те се прилагат с цел понижаване на повишеното венозно налягане, редуциране на клапния рефлукс, отока на крайника и лечение на прогресиращите кожни лезии и техните крайни прояви – ulcus cruris venosum. Склеротерапия (Sclerotherapy) с течност се използва за лечение на телеангиектазии, ретикуларни вени и варикоза (диаметър на вената 1-4 mm). При наличен рефлукс и варикоза с по-голям диаметър се използва пена. Склерозиращите агенти са: хипертоничен разтвор на натриев хлорид (23.4%), полидоканол, натриев йодид, хромиран глицерин или натриев тетрагидрил сулфат^[9]. Ендовенозните аблативни техники използват топлинна енергия. Такива са радиочестотна аблация (Radiofrequency Ablation – RFA), която преобразува радиочестотна енергия в топлина, и ендовенозна лазерна аблация (Endovenous Laser Ablation – ELVeS), която преобразува монохроматичната светлина в топлина. Те се прилагат при некомпетентна в. сафена магна, като алтернатива на класическата операция. Произведената топлина предизвиква локално термично увреждане на стената на вената, което води до тромбоза и фиброза^[10].

Както радиочестотните, така и лазерните процедури се прилагат под тумесцентна анестезия, за да се избегнат изгаряния на кожата, да се сведе до минимум дискомфортът и да се улесни по-бързото връщане към ежедневието. Дълбоката венозна тромбоза и белодробната емболия остават, макар и рядко, възможни усложнения на аблацията.

Механохимичната аблация (Mechanochemical Endovenous Ablation – MOCA) е друг метод на лечение на ХВБ, при който чрез ротация на върха на инфузионния катетър се въвежда химичният агент в чиста форма.

При лица, които не реагират на фармакологична или ендовенозна терапия, класическата хирургия може да се обмисли в допълнение към компресивните бандажи. Тя е подходяща за хора с постоянен дискомфорт, напредване на варикозната болест, хронични незарастващи варикозни язви или при невъзможност за приложение на еластокомпресивни чорапи.

Видът на хирургичната интервенция зависи от основните патологични процеси и засегнатата област на вените. Лигирането или пълното стрипиране на в. сафена magna води до значително подобряване на венозната хемодинамика, на болковата симптоматика и ускорява заздравяването на язвите. Методът е приложен за всички класове CEAP с рефлукс в повърхностната венозна система. Строго противопоказание е обективизиране на непроходимост на магистралните дълбоки вени. Друга хирургична техника е лечение на локална варикоза чрез флебектомия.

Тя бива: Минифлебектомия – отстраняване или изтръгване на варикозни вени през малки перфорации на кожата, чрез инструменти на Mueller; Изолирана стандартна флебектомия – с отделни малки инцизии под местна анестезия; Трансилуминантна флебектомия – отстранява големи варици чрез по-малък брой инцизии; Съхраняващи VCM флебектомии – CHIVA и ASVAL (запазва се инсуфициентната VCM чрез минифлебектомия на притоците). Процедурите за реконструкция на венозните клапи при вторична ХВБ

таблица 2

СТЕПЕН НА ПРЕПОРЪКА СПОРЕД ЕВРОПЕЙСКИЯ ВЕНОЗЕН ФОРУМ

Варикоза с рефлукс към в. сафена magna	Лигатура и стрипинг (операция на Websock) на v. saphena magna и parva
	Радиофреквентна аблация (RFA)
	Лазерна аблация (EVLA)
	Механохимична аблация (MOCA – Mechanochemical Endovenous Ablation)
Варикоза без рефлукс към в. сафена magna	Емболизация на VCM с лепило (CA – цианоакрилат)
	Флебектомия (ексцизия на локална варикоза) – минифлебектомия (флебектомия с „кукички“), изолирана стандартна флебектомия, трансилуминантна флебектомия, съхраняващи VCM флебектомии – CHIVA (метод на Франческу) и ASVAL (метод на Питалуза)
Рецидивираща варикоза	Склеротерапия с пяна
	Флебектомия или склеротерапия
	Хирургия

включват валвулопластика, транспозиция, трансплантация, криоконсервирани алографти на венозни клапи и неоклапна конструкция.

Крайната цел на лечението е намаляване на дискомфорта и отока, контрол на кожните промени, премахване на болезнените разширени вени и заздравяване на активните венозни язви. Препоръките на Европейския венозен форум за поведение при лечение на варикозната болест са представени на Табл. 2.

Заклучение

ХВБ се характеризира с висока заболеваемост и инвалидизация. Прогресирането на заболяването води до нарушаване на целостта на кожата и поява на варикозни язви. Тя се свързва със силна болкова симптоматика, трайна нетрудоспособност и значителни разходи на здравеопазването. За да се избегне прогресия на заболяването и рецидивите, пациентите трябва да бъдат редовно проследявани. При незадоволителен ефект от консервативната тера-

пия се прилагат интервенционални методи на лечение. Ранната диагностика, своевременното лечение и проследяването на пациентите с ХВБ от квалифицирани специалисти ангиолози и съдови хирурзи, е ключът към по-доброто качество на живот при всеки от тях. ■

Книгопис:

- DePopas E, Brown M. Varicose Veins and Lower Extremity Venous Insufficiency. *Semin Intervent Radiol.* 2018 Mar;35(1):56-61.
- Sutsko DC, Obi AT, Kimball AS, Smith ME, Wakefield TW, Osborne NH. Clinical outcomes after varicose vein procedures in octogenarians within the Vascular Quality Initiative Varicose Vein Registry. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2018 Jul;6(4):464-470.
- Kavousi Y, Al Adas Z, Karamanos E, Kennedy N, Kabbani LS, Lin JC. Men present with higher clinical class of chronic venous disease before endovenous catheter ablation. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2018 Nov;6(6):702-706.
- Thomas PRS, Nash GB, Dormandy JA. White cell accumulation in dependent legs of patients with venous hypertension: a possible mechanism for trophic changes in the skin. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1988;296(6638):1693-1695.
- Muttak O, Aslam M, Standfield NJ. Chronic venous insufficiency: a new concept to understand pathophysiology at the microvascular level – a pilot study. *Perfusion.* 2019 Jan;34(1):84-89.
- Schwahn-Schreiber C, Breu FX, Rabe E, Buschmann I, Döllner W, Lulay GR, Miller A, Valesky E, Reich-Schupke S. [S1 guideline on intermittent pneumatic compression (IPC)]. *Hautarzt.* 2018 Aug;69(8):662-673.
- Butaney M, Thirumavalavan N, Hockenberry MS, Kirby EW, Pastuszak AW, Lipschutz LI. Variability in penile duplex ultrasound international practice patterns, technique, and interpretation: an anonymous survey of ISSM members. *Int J Impot Res.* 2018 Oct;30(5):237-242.
- Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic venous insufficiency. *Circulation.* 2014 Jul 22;130(4):333-46.
- Kahle B, Leng K. Efficacy of sclerotherapy in varicose veins – prospective, blinded, placebo-controlled study. *Dermatol Surg.* 2004 May;30(5):723-8; discussion 728.
- Min RJ, Khilnani N, Zimmet SE. Endovenous laser treatment of saphenous vein reflux: long-term results. *J Vasc Interv Radiol.* 2003 Aug;14(8):991-6.