

УДК 616.14-007.64

Осложненные формы хронических заболеваний вен нижних конечностей (современный взгляд на патогенез, клинику, диагностику и лечение)

Е. В. Иванов

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Тюмень

Complicated forms of the lower extremities chronic venous diseases (modern view on the pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis and treatment)

E. V. Ivanov

Tyumen State Medical University, Tyumen

Аннотация. Хронические заболевания вен нижних конечностей, относящиеся к клиническим классам С4–С6 по классификации CEAP, характеризуются прежде всего дерматологическими проявлениями. К ним относятся гемосидероз кожи, белая атрофия кожи, варикозная экзема, липодерматосклероз, зажившая венозная язва, открытая венозная язва. Все эти изменения кожи и подкожной клетчатки, по сути, являются осложнениями, вызванными венозной гипертензией и следующим за ней каскадом патологических реакций, получивших наименование «веноспецифическое воспаление». Предлагается вновь использовать определение «осложненные формы хронических заболеваний вен». Диагностика этих состояний бывает сложной. Существует свыше 50 заболеваний, способных вызвать появление язвы на нижней конечности, и более 20 заболеваний, с которыми приходится дифференцировать варикозную экзему. Предложены алгоритмы диагностики и лечения осложненных форм хронических заболеваний вен.

Ключевые слова: хронические заболевания вен; дерматологические осложнения; венозная язва; варикозная экзема; липодерматосклероз.

Abstract. CEAP clinical classes C4–C6 of chronic vein diseases (CVD) are characterized by dermatological manifestations: hemosiderosis, atrophie blanche, varicose eczema, lipodermatosclerosis, healed and active venous ulcer. All these changes are the result of vein-specific inflammation and seem to be complications of venous hypertension. We recommend using the term “complicated forms of CVD”. The diagnostic of these conditions is not easy. There are more than 50 diseases which can lead to leg ulceration and about 20 diseases resembling varicose eczema. Algorithms for diagnosis and treatment of complicated forms of chronic venous diseases are proposed.

Keywords: chronic vein diseases; dermatological complications; venous ulcer; varicose eczema; lipodermatosclerosis.

Человек чувствует себя соответственно состоянию его кожи.

Станислав Лем

Согласно действующей номенклатуре, хронические заболевания вен (ХЗВ) — это любые клинические аномалии (симптомы и/или внешние проявления), связанные с медленно прогрессирующей патологией венозной системы нижних конечностей [1]. Привычный для нескольких поколений врачей термин «хроническая венозная недостаточность» (ХВН) приобрел более узкий смысл и обозначает теперь декомпенсацию хронического заболевания поверхностной и/или глубокой венозной системы, соответствующую клиническим классам С3, 4, 5, 6 по классификации CEAP [1, 2]. При этом из употребления практически исчезло определение «осложненные формы ХВН», так как оно считается тавтологией и сам термин ХВН уже подразумевает наличие осложнений. При оценке клинических классов ХЗВ, относящихся к ХВН, мы видим, что большинство из них, исключая С3, обозначает различные дерматологические проявления венозной патологии, а именно: С4а — гиперпигментация и/или варикозная экзема, С4b — липодерматосклероз и/или белая атрофия кожи, С5 — зажившая венозная язва, С6 — открытая (активная) венозная язва [1]. Эти дерматологические измене-

ния встречаются не у всех пациентов, но, возникнув, значительно снижают трудоспособность и качество жизни. Таким образом, по нашему мнению, применительно к поражению кожи и подкожной клетчатки вполне правомочно возвращение дефиниции «осложненные формы» в слегка видоизмененном варианте: «осложненные формы хронических заболеваний вен — декомпенсация хронического заболевания поверхностной и/или глубокой венозной системы, соответствующая С4аb, 5, 6 по классификации CEAP, то есть проявляющаяся дерматологическими расстройствами».

Хронические заболевания вен — это воспалительная дегенерация стенки и клапанов вен вследствие лейкоцитарной агрессии и лейкоцитарно-эндотелиального взаимодействия [3]. Это взаимодействие приводит к преждевременному разрушению (апоптозу) эндотелиоцитов и, как следствие, повышению проницаемости (фенестрации) венозной стенки для форменных элементов и плазмы крови. Современная теория эндотелиальной дисфункции объясняет как собственно механизм патологического ремоделирования (варикозной трансформации) венозной стенки, так и развитие изме-

нений кожи [4]. Существенную роль играет активация матриксных металлопротеиназ.

Дерматологические расстройства чаще встречаются при варикозной болезни, чем при посттромботической [5]. К вариантам поражения кожи и подкожной клетчатки при ХЗВ относятся: гемосидероз кожи, белая атрофия кожи, варикозная экзема, липодерматосклероз, зажившая венозная язва, открытая венозная язва.

Гемосидероз кожи — это появление сливающихся коричневатых пятен на коже медиальной поверхности голени, чаще в нижней трети. Интенсивность окраски может варьировать от светло-коричневого до темно-коричневого, а иногда — почти черного цвета. Гиперпигментация возникает вследствие скопления в дерме избытка гемосидерина, образовавшегося при окислении гемоглобина разрушенных эритроцитов, попавших в интерстициальное пространство. Хроническая травматизация мягких тканей нередко усиливает пигментацию.

Белая атрофия кожи (атрофия Милиана) — беловатые пятна на атрофичных участках кожи. Эти пятна различного размера и формы часто окружены тонким ободком гиперпигментации. Локализуются зоны белой атрофии также в нижней трети голени. Вследствие атрофии значительно повышается риск появления венозных язв. Следует отличать белую атрофию кожи от рубцов на месте заживших язв.

Варикозная экзема — разновидность микробной экземы, чаще локализуемая на нижних конечностях, возникающая как прямое следствие хронической венозной недостаточности и характеризующаяся развитием серозного воспаления сосочкового слоя дермы и очагового спонгиоза эпидермиса, проявляющаяся полиморфной зудящей сыпью (везикулы, папулы, эритема и др.). Она является наиболее ранним дерматологическим проявлением ХЗВ и может быть предшественником более серьезных состояний, таких как липодерматосклероз, трофические язвы и малигнизация кожи [1]. Варикозная экзема (класс С4а по СЕАР) является одним из наиболее значимых дерматологических проявлений ХЗВ. Она диагностируется у 6–7% дерматологических пациентов старше 50 лет и у 2,7–10% пациентов с ХЗВ [6]. Риск развития этой патологии увеличивается с возрастом: после 60–70 лет варикозная экзема встречается в 20–22% случаев [5, 7]. Распространенность варикозной экземы не уменьшается и остается на достаточно стабильном уровне [8–11].

Липодерматосклероз — дегенеративно-дистрофические изменения подкожной жировой клетчатки. Проявляется как локализованное уплотнение (фиброз, индурация) подкожной клетчатки, обычно с вовлечением кожи [1]. Ему, как правило, предшествует воспаление собственно подкожной жировой клетчатки — индуративный целлюлит либо воспаление глубоких слоев кожи — гиподермит. Морфологически липодерматосклероз относится к лобулярным панникулитам с преобладанием воспалительных изменений в жировых дольках [1, 12]. Он является одним из дерматологических проявлений ХЗВ клинического класса С4а по классификации СЕАР. Типичная локализация этого процесса — медиальная поверхность нижней трети

голени. Не являясь опасным заболеванием, липодерматосклероз, тем не менее, снижает качество жизни пациентов, а также может predispose к формированию венозных трофических язв [13].

Венозная язва — язвенный дефект кожи голени и глубжележащих тканей, развившийся на фоне ХЗВ (класс С6 по классификации СЕАР). Хронической считается язва, не заживающая более 6 недель. Язвы голени, возникшие как результат ХЗВ, встречаются у 2–4% населения [14, 15]. В последнее десятилетие наблюдается уменьшение количества открытых венозных язв голени [16]. Причиной этого, вероятно, является своевременное и адекватное лечение пациентов, обратившихся за помощью в поликлинику. Главную роль, по нашему мнению, здесь играют современные вентонизирующие средства, прежде всего — микронизированная очищенная флавоноидная фракция (МОФФ), назначаемая амбулаторными хирургами в подавляющем большинстве случаев независимо от класса ХЗВ. Другая вероятная причина — раннее оперативное лечение пациентов с ХЗВ классов С2–С3. И, наконец, третья причина — доступность сертифицированных средств эластической компрессии. Приверженность пациентов приему системных вентоников, по результатам многоцентровых исследований, наиболее высока (по сравнению с компрессионным и оперативным лечением). Если открытая венозная язва является очевидным поводом для лечения и постановки на диспансерный учет, то зажившую венозную язву (класс С5 по СЕАР) можно рассматривать как «забытый класс». В самом деле, заживление язвы не должно означать прекращения активного наблюдения и противорецидивного лечения. Пациентов с зажившими язвами нельзя считать выздоровевшими и снимать с диспансерного учета, если не ликвидирован рефлюкс.

Что общего у этих осложнений?

- Поражается кожа голени.
- Возможно сочетанное поражение.
- Трудно поддаются лечению.
- Назначаемое повсеместно только топическое лечение — неэффективно.

• Имеются дополнительные факторы риска.

Факторами риска развития осложненных форм ХЗВ являются: отсутствие адекватного лечения ХЗВ, аллергическая настроенность, иммуносупрессия, хроническая травматизация кожи, воздействие химических веществ (в том числе бесконтрольное применение мазей), бактериальная суперинфекция кожи (является одной из важнейших причин возникновения и хронизации варикозной экземы и венозных язв, в наиболее резистентных к лечению случаях встречается сочетание аэробной и анаэробной флоры).

Диагностика поражений кожи при ХЗВ далеко не всегда является простой и однозначной. Хирурги, как правило, не занимаются такой диагностикой вообще, сводя все возможные проявления к двум нозологиям: любое изъязвление кожи считается венозной трофической язвой, а любое изменение цвета кожи считается рожистым воспалением. Неправомочность такого подхода очевидна. Существует свыше 50 забо-

лений, способных вызвать появление язвы на нижней конечности, и более 20 заболеваний, с которыми приходится дифференцировать варикозную экзему.

Для облегчения клинической диагностики нами предложены следующие алгоритмы (рисунки 1, 2) [18].



Рисунок 1. Алгоритм дифференциальной диагностики трофических язв нижних конечностей



Рисунок 2. Алгоритм дифференциальной диагностики варикозной экземы

Основной задачей флеболога, наблюдающего пациентов с такой патологией, является подбор эффективного лечения в сочетании с контролем правильного соблюдения пациентами рекомендаций врача. Лечение должно быть по возможности индивидуальным, но основанным на ряде общих принципов. Целями лечения осложненных форм ХЗВ являются: заживление венозной язвы; ремиссия варикозной экземы; уменьшение выраженности липодерматосклероза и стабилизация процесса; профилактика рецидивов язвы и экземы.

Для этого должны использоваться все три основных

компонента лечения ХЗВ: фармакотерапия, компрессионное лечение и ликвидация венозного рефлюкса.

В медикаментозном лечении наибольшее значение имеет системная терапия. Она включает в себя прежде всего современные венотонизирующие средства. Наиболее эффективным венотоником является микронизированная очищенная флавоноидная фракция. Этот препарат следует назначать при любом поражении кожи вследствие ХЗВ. При обострении варикозной экземы и открытой венозной язве назначаются антибиотики (с учетом чувствительности микрофлоры).

При липодерматосклерозе эффективны нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Системные глюкокортикостероиды могут быть рекомендованы при генерализации варикозной экземы.

Топическое лечение включает антимикробные средства, местные НПВС, местные глюкокортикостероидные препараты, нейтральные мази, венотоники. Топические антимикробные средства используются при обострении варикозной экземы, сопровождающейся экссудацией, и при открытых язвах. Применяются антисептики, бактериофаги, производные нитроимидазола (при неклостридиальной анаэробной флоре и микробных ассоциациях). Топические НПВС назначают при липодерматосклерозе, в качестве адъювантного средства. Особенно они показаны в начале формирования липодерматосклероза — в стадии индуративного целлюлита. Топические глюкокортикостероиды эффективны в лечении рефрактерных форм варикозной экземы (в том числе периульцерозной), при выраженном кожном зуде, явлениях аутоэкзематизации. Нейтральные мази применяются при лечении венозных язв в стадии пролиферации. Местные венотоники (например, *Детрагель*) могут применяться для быстрой ликвидации венозного отека, в том числе перед оперативным вмешательством, для снятия тяжести в ногах и купирования венозной боли, при липодерматосклерозе. Только местной терапии абсолютно недостаточно для достижения ремиссии экземы или заживления язвы.

Адекватная компрессионная терапия чрезвычайно

важна при лечении ХЗВ, особенно осложненных форм. Современные средства эластической и неэластической компрессии позволяют достичь необходимого давления на ткани, усиливая работу мышечно-венозной помпы голени, что обеспечивает улучшение венозного и лимфатического оттока и способствует восстановлению кожи. Необходимо использование только качественного трикотажа, сертифицированного по стандарту RAL-GZ 387 [17]. Особо следует отметить противоязвенные наборы из двух гольфов (например, *UlcerX*). При наличии отека голени, прежде всего у пациентов, не получавших компрессию ранее, начинать необходимо с эластического бинтования. Только после купирования отека можно применять эластический компрессионный трикотаж. Инновационная система *CircAid* позволяет по мере уменьшения отека конечности многократно ремоделировать бандаж и проводить компрессионную терапию с максимальной эффективностью, что повышает приверженность лечению.

Эффективное лечение осложненных форм ХЗВ невозможно без ликвидации венозного рефлюкса. При этом любой способ ликвидации венозного рефлюкса (флебосклерозирующее лечение, классическая флебэктомия, эндовенозное вмешательство) дает положительный клинический эффект в лечении осложненных форм ХЗВ, в частности, варикозной экземы и венозных язв [18, 19].

Нами предлагается тактический алгоритм лечения осложненных форм ХЗВ (рисунок 3).



Рисунок 3. Алгоритм лечения осложненных форм хронических заболеваний вен

Заключение:

1. Предлагается использовать определение «осложненные формы хронических заболеваний вен» для описания клинических классов C4–C6 по классификации CEAP.
2. Пациенты с зажившими венозными язвами (класс C5) требуют не меньшего внимания, чем пациенты с открытыми язвами.
3. Предлагаемые алгоритмы облегчают дифферен-

циальную диагностику, а тактический алгоритм лечения позволяет ускорить достижение ремиссии поражения кожи и уменьшить вероятность рецидива.

4. Эффективное лечение осложненных форм ХЗВ возможно только при разумном сочетании всех основных компонентов: системной фармакотерапии, компрессионной терапии, ликвидации венозного рефлюкса и топического лечения.

Литература

1. Стойко Ю. М., Кириенко А. И., Затевахин И. И., Покровский А. В. и др. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен // *Флебология*. 2018. Т. 12, № 3. С. 146–240.
2. Бурлева Е. П., Фокин А. А., Иванов Е. В., Ермолаев В. Л. Введение в ангиологию и сосудистую хирургию : учебное пособие для вузов (студентов, интернов и ординаторов). Екатеринбург : Баско, 2015. 308 с.
3. Pascarella L., Lulic D., Penn A. H. et al. Mechanisms in experimental venous valve failure and their modification by Daflon 500 mg // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2008. Vol. 35, № 1. P. 102–110.
4. Sundaresan S., Migden M. R., Silapunt S. Stasis Dermatitis: Pathophysiology, Evaluation, and Management // *Am. J. Clin. Dermatol.* 2017. Vol. 18, № 3. P. 383–390.
5. Petruzzellis V., Florio T., Quaranta D. et al. Epidemiologic observations on the subject of phlebopathy of the legs and its dermatologic complications // *Minerva Med.* 1990. Vol. 81, № 9. P. 611–616.
6. Weismann K., Krakauer R., Wanscher B. Prevalence of skin diseases in old age // *Acta Derm. Venereol.* 1980. Vol. 60, № 4. P. 352–353.
7. Beauregard S., Gilchrist B. A. A survey of skin problems and skin care regimens in the elderly // *Arch. Dermatol.* 1987. Vol. 123, № 12. P. 1638–1643.
8. Polat M., İlhan M. N. Dermatological complaints of the elderly attending a dermatology outpatient clinic in Turkey: a prospective study over a one-year period // *Acta Dermatovenereol. Croat.* 2015. Vol. 23, № 4. P. 277–281.
9. Кириенко А. И., Золотухин И. А., Юмин С. М., Селиверстов Е. И. СПЕКТР. Эффективность специализированной флебологической помощи в России: результаты проспективного обсервационного исследования СПЕКТР // *Флебология*. 2015. Т. 9, № 2. С. 4–11.
10. Joseph N., B A., Faizan Thouseef M. et al. A multicenter review of epidemiology and management of varicose veins for national guidance // *Ann. Med. Surg.* 2016. № 8. P. 21–27.
11. Иванов Е. В., Романченко К. В., Сотченко Е. М. Новые данные по эпидемиологии варикозной экземы // *Флебология*. 2018. № 2, вып. 2. С. т6–т7.
12. Егорова О. Н., Белов Б. С., Глухова С. И., Раденска-Лоповок С. Г. Липодерматосклероз как разновидность лобулярного панникулита: клинические особенности // *Клиницист*. 2015. Т. 9, № 4. С. 28–34.
13. Иванов Е. В. Липодерматосклероз голени при хронической венозной недостаточности и его влияние на качество жизни // *Флебология*. 2018. № 2, вып. 2. С. т5.
14. Савельев В. С., Покровский А. В., Кириенко А. И. и др. Системная терапия венозных трофических язв. Результаты применения микронизированного диосмина (Детралекс®) // *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2002. Т. 8, № 4. С. 47–53.
15. Ханевич М. Д., Хрупкин В. И., Щелоков А. Л. и др. Осложненные формы хронической венозной недостаточности нижних конечностей. М. : МедЭкспертПресс ; Петрозаводск : ИнтелТэк, 2003. 176 с.
16. Иванов Е. В., Низамов Ф. Х., Речкалов А. А. Роль диспансеризации в снижении распространенности осложненных форм хронических заболеваний вен // *Флебология*. 2018. № 2, вып. 2. С. т6.
17. Сушков С. А. Компрессионная терапия при хронической венозной недостаточности // *Новости хирургии*. 2012. Т. 20, № 2. С. 105–117.
18. Gohel M. S., Heatley F., Liu X. et al. A Randomized Trial of Early Endovenous Ablation in Venous Ulceration // *N. Engl. J. Med.* 2018. Vol. 378, № 22. P. 2105–2114.
19. Иванов Е. В. Варикозная экзема: современное состояние проблемы // *Новости хирургии*. 2018. № 4. С. 473–481.

Сведения об авторе

Иванов Евгений Владимирович, канд. мед. наук, доцент кафедры хирургических болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; тел. 8 3452 20-21-97; e-mail: ivanov_ev@mail.ru

Принята в печать 07.04.2019.

УДК 616.89-008.1

Энергетическая концепция формирования нервно-психических расстройств шизоидного регистра

С. Л. Леончук

Государственное казенное учреждение «Курганская областная психоневрологическая больница»

Energy concept of neuropsychiatric disorders formation of the schizoid register

S. L. Leonchuk

Kurgan Regional Neuro-Psychiatric Hospital

Аннотация. В статье предложены авторские концепция формирования шизоидной структуры нервной психики, клинические шкалы шизоидии и регрессии, типов нервно-психического дефекта, определяющие шизоидный регистр нервно-психических расстройств. Автором выделяются различные энергетические режимы и уровни функционирования нервной психики. Предлагается новый авторский взгляд на шизотипическое расстройство.