

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ОСНОВНЫЕ РИСКИ НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СО СТОРОНЫ ПАЦИЕНТА

ГОЛОВАНОВА О.В., КУЗНЕЦОВ А.Н.

*Кафедра факультетской хирургии № 1 лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, НИИ Клинической хирургии, Москва, Россия*

*Представлены результаты российской части международной исследовательской программы «VEIN ACT», направленной на изучение подходов к консервативному лечению хронических заболеваний вен в Российской Федерации, оценку его эффективности и безопасности, а также мониторинг приверженности пациента лечению. Рассмотрены регламент и результаты консервативной терапии в зависимости от пола, возраста и индекса массы тела пациентов, а также уровень комплаентности к различным методам лечения в данных группах.*

*Объективно доказана высокая эффективность консервативной терапии у всех групп пациентов. Однако регламент фармакотерапии нуждается в регулировании в зависимости от степени тяжести заболевания, особенно у пациентов более старшего возраста и больных с ожирением. Наименьшая приверженность отмечается в отношении компрессионного лечения. Рациональные рекомендации и возможное уменьшение уровня и степени компрессии, могут улучшить сложившуюся ситуацию. При этом также нужно учитывать возраст и индекс массы тела пациентов.*

**Ключевые слова:** хронические заболевания вен, компрессионная терапия, флеботропная терапия, микронизированная очищенная флавоноидная фракция, детралекс.

### ВВЕДЕНИЕ

Консервативная терапия хронических заболеваний вен (ХЗВ) нижних конечностей на сегодняшний день является неотъемлемой составляющей современного лечения больных с хронической венозной патологией. По данным различных эпидемиологических исследований в структуре заболевания преобладают начальные и симптоматические формы, поэтому с помощью консервативных методов можно решить такие задачи лечения, как устранение веноспецифических симптомов и синдромов [1, 2]. Доказана также ее эффективность в снижении побочных эффектов инвазивных методик [3–5]. Если говорить о протоколе консервативной терапии, то решение вопроса о продолжительности курса лечения не регламентировано (в среднем 2–3 месяца) и подбирается лечащим врачом эмпирически. Большинство врачей либо дают всем стандартные рекомендации, либо корректируют их на свое усмотрение, не обращая внимания на такие аспекты, как, например, возраст больного, степень тяжести заболевания и сопутствующую патологию. В данной ситуации возникает ряд вопросов: на что в первую очередь следует обращать внимание, и какие факторы риска нужно корректировать в первую очередь

для повышения эффективности лечения и качества жизни пациентов.

В последние десятилетия эти проблемы активно изучаются, им посвящен ряд исследовательских проектов. Одна из таких исследовательских программ была инициирована Европейским Венозным Форумом и получила название «VEIN ACT». Предварительные результаты российской части этого масштабного международного проекта были опубликованы в 2015 г. [6]. В данной работе представлены результаты дополнительного анализа по факторам риска и приверженности к лечению пациентов в разных группах.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В общей базе данных «VEIN ACT» содержатся сведения о 1 607 пациентах (325 мужчин и 1 282 женщины) из различных регионов Российской Федерации в возрасте от 18 до 89 лет (средний возраст  $45,7 \pm 14,1$  года). По протоколу в исследование были включены больные, имеющие субъективные (жалобы) и/или объективные признаки ХЗВ.

Для оценки выраженности симптомов ХЗВ использовали 10-балльные визуальные аналоговые шкалы. Оценку результатов лечения проводили

Таблица 1

Видимые признаки хронических заболеваний вен у пациентов, включенных в исследование					
Признак	Мужчины		Женщины		p
	абс.	%	абс.	%	
Нет видимых признаков	15	4,6	55	4,3	0,798
Телеангиэктазии, ретикулярные вены	122	37,5	953	74,3	<0,001
Варикозные вены	258	79,4	735	57,3	<0,001
Отек	162	49,9	552	43,1	0,028
Трофические изменения кожи, ангиодерматит	45	13,9	104	8,1	0,001
Трофические изменения кожи, белая атрофия	15	4,6	33	2,6	0,053
Зажившая язва	8	2,5	11	0,9	0,017
Активная язва	11	3,4	13	1,0	0,002

Таблица 2

Субъективные проявления хронических заболеваний вен (жалобы)					
Жалобы	Мужчины		Женщины		p
	абс.	%	абс.	%	
Боль, тяжесть в ногах, ощущение отечности, жжение, судороги	260	80,0	1 160	90,5	<0,001
Телеангиэктазии, ретикулярные вены, «паукообразные» вены	107	32,9	924	72,1	<0,001
Варикозные вены	267	82,2	732	57,1	<0,001
Отечность нижних конечностей	175	53,9	657	51,3	0,402
Поражение кожи	60	18,5	126	9,8	<0,001
Язва нижней конечности	13	4,0	24	1,9	0,022

в интервале от 60 до 90 дней. В среднем продолжительность наблюдения составила  $87,2 \pm 22,1$  дня.

Статистическая обработка была проведена независимым экспертом с использованием параметрических и непараметрических методов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Подробное описание групп пациентов и результатов проведенного лечения представлено нами в предшествующей публикации [6].

По протоколу исследования после оценки состояния больного необходимо было ответить на принципиальный вопрос: «Необходимо ли проведение какого-либо лечения в данном конкретном случае?»; при этом в 74,2% случаев врачи-эксперты высказались положительно. Изолированное хирургическое вмешательство было предложено в 0,4% случаев, консервативное – в 65,2%, комбинация методов – 33% пациентов. Консервативная терапия включала рекомендации по изменению образа жизни (87,3%), флеботропные препараты (96,7%), компрессионную терапию (91,7%), обезболивающие препараты (1,9%); в единичных случаях назначались местные средства. В качестве флеботропной терапии наибольшей популярностью среди врачей пользовалась микронизированная очищенная флавоноидная фракция (МОФФ), препараты которой были рекомендованы в 93,9% случаев.

Был выполнен дополнительный субанализ ре-

зультатов исследования. Это позволило рассмотреть еще целый ряд аспектов: есть ли различия флебологического статуса, характера назначенного лечения и приверженности к лечению (комплаентности) пациентов в зависимости от пола, возраста и наличия такого фактора риска, как избыточная масса тела.

При анализе частоты встречаемости ХЗВ по гендерному признаку прослеживается сохранение общемировой тенденции в превалировании женщин среди болеющих, в процентном соотношении это составило 79,8%. Многие исследователи считают, что подобное соотношение обусловлено не только и не столько большим числом факторов риска у «слабого пола», сколько их более частой обращаемостью к врачам. Однако результаты показывают, что предшествующее посещение

специалиста по данной проблеме и лечение не имеют статистически значимых различий среди мужчин и женщин (в среднем около 39%). А вот при оценке степени тяжести заболевания уже видны различия по половому признаку: у большинства женщин превалировали начальные формы ХЗВ, а у мужчин – более тяжелые проявления (табл. 1).

Более 72% пациенток считают основной проблемой наличие телеангиоэктазий и ретикулярных вен, а 82% мужчин – наличие варикозно измененных вен. Трофические изменения кожи и открытые язвы выявляются чаще у мужчин (22,5% по сравнению с 11,7% у женщин), что говорит о более поздней обращаемости за лечением (табл. 2).

Таблица 3

Распределение пациентов по возрасту				
Возраст	Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%
Менее 20 лет	3	0,9	6	0,5
От 20 до 29 лет	44	13,5	177	13,8
От 30 до 39 лет	59	18,2	293	22,9
От 40 до 49 лет	81	24,9	276	21,5
От 50 до 59 лет	70	21,5	292	22,8
От 60 до 69 лет	42	12,9	168	13,1
От 70 до 79 лет	16	4,9	42	3,3
Более 80 лет	1	0,3	13	1,0
Возраст не указан	9	2,8	15	1,2
Все	325	100,0	1 282	100,0

Если говорить о возрастном составе обеих групп, то можно отметить, что большинство женщин, обратившихся за помощью, являются людьми трудоспособного возраста от 30 до 59 лет, а мужской контингент представлен в основном пациентами после 50 лет. Зафиксирован тот факт, что в наиболее молодой возрастной категории от 20 до 29 лет различий по половому составу нет, что говорит о возросшем внимании молодежи к своему здоровью, и это очень хорошая тенденция (табл. 3).

При анализе уровня комплаентности отмечено одинаково высокое соблюдение рекомендаций по изменению образа жизни, режиму и длительности флеботропной терапии. Между рассматриваемыми группами нет статистически значимых различий ни по продолжительности назначения флеботропного препарата, ни по продолжительности его реального приема. Вместе с тем нужно отметить, что все-таки мужчинам препарат назначали на более длительные сроки, и принимали они препарат более продолжительное время, что соотносится со степенью тяжести заболевания в данной группе. Хуже всего обстояло дело с регламентом компрессионной терапии: в обеих группах рекомендации соблюдали лишь 40% больных. Наиболее распространенная причина – это трудности надевания трикотажа и чувство дискомфорта при длительном ношении, хотя мужчинам в 2 раза чаще назначали компрессионные гольфы, а женщинам – чулки. У женщин дополнительной причиной была также непривлекательность изделий. Отметим, что при оценке эффективности лечения, доля очень довольных или крайне довольных лечением мужчин была статистически значимо меньше, чем женщин ( $p=0,013$ ).

Таким образом можно сделать вывод, что несмотря на более тяжелые формы ХЗВ у мужчин, различий в течении заболевания, подходе к выбору тактики лечения и комплаентности пациентов обоих полов в ходе исследования не выявлено. С одной стороны это говорит в пользу унифицированной схемы терапии, с другой, возможно с этим связана более позитивная оценка результатов лечения у женщин, чем у мужчин, степень тяжести заболевания которых была выше. Низкая приверженность пациентов в отношении компрессионного лечения дает возможность заявлять о преимуществах медикаментозной терапии перед компрессионной.

Очень часто возникает вопрос: есть ли разница в тактике лечения молодых пациентов и больных старшего возраста?

Время суток	Возраст <50 лет		Возраст ≥50 лет		p
	абс.	%	абс.	%	
В конце дня	821	87,4	560	87,0	0,780
После длительного стояния	517	55,1	405	62,9	0,002
В течение ночи	125	13,3	167	25,9	<0,001

Мы проанализировали результаты исследования, разделив пациентов на 2 возрастные группы: до и после 50 лет. Это распределение не совпадает с критериями ВОЗ, в соответствии с которыми выделяют 4 возрастные группы, где пожилой возраст – с 60 лет, а средний – в диапазоне от 44 до 60 лет. К представителям старческого возраста относят людей старше 75 лет, но подобный контингент на приеме флеболога бывает достаточно редко. Поэтому, на практике, врачи чаще делят пациентов на молодых (до 50 лет) и более старших, уже после 50 лет. Наше деление на группы также основано на этом принципе.

Конечно больные после 50 лет – это более сложная для врача группа. Во-первых, выявляется большее количество факторов риска и сопутствующей патологии. На первый план в нашем исследовании вышла проблема лишнего веса. В данной группе 75% пациентов имели избыточный вес по сравнению с 38% в молодой возрастной категории. Во-вторых, в этой возрастной категории больше пациентов с тяжелыми формами заболевания. Несмотря на это, основные «характеристики» ХЗВ присутствовали в обеих возрастных группах. Частота субъективных проявлений (жалобы на чувство тяжести, боль, отек и судороги) отличалась на 5–10% в сторону увеличения в старшей группе (рис. 1). Время и частота

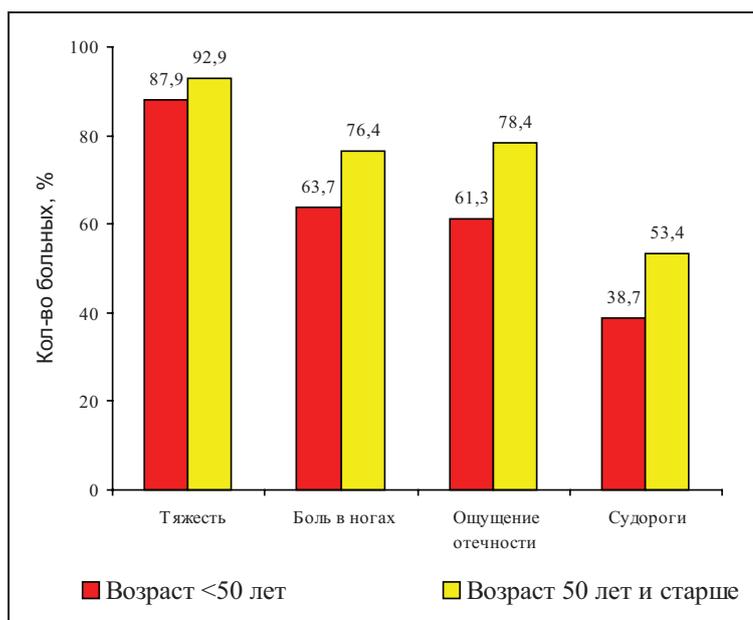


Рис. 1. Частота встречаемости жалоб в разных возрастных группах

Таблица 5

Видимые признаки заболеваний вен нижних конечностей у больных с различным индексом массы тела (ИМТ)					
Признак	ИМТ <25 кг/м <sup>2</sup>		ИМТ >25 кг/м <sup>2</sup>		p
	абс.	%	абс.	%	
Нет видимых признаков	51	6,89	18	2,10	<0,001
Телеангиэктазии, ретикулярные вены	535	72,30	535	62,43	<0,001
Варикозные вены	375	50,68	613	71,53	<0,001
Отек	226	30,54	484	56,48	<0,001
Трофические изменения кожи, ангиодерматит	28	3,78	120	14,00	<0,001
Трофические изменения кожи, белая атрофия	11	1,49	37	4,32	<0,001
Зажившая язва	6	0,81	13	1,52	0,194
Активная язва	6	0,81	17	1,98	0,0498

возникновения симптомов не зависели от возраста и были практически одинаковы (табл. 4).

В плане тактики лечения также не выявлено существенных различий. Закономерно, что с возрастом увеличивается количество пациентов, которым назначается только консервативная терапия. Кроме того, более старшим пациентам фармакотерапия назначается на более длительный срок, что определяется, прежде всего, тяжестью заболевания.

Если говорить о комплаентности, то наибольшая приверженность также прослеживается к фармакотерапии, а наименьшая — к компрессионному лечению. Большинству пациентов в качестве компрессионной терапии был назначен лечебный трикотаж умеренной степени компрессии (23–32 мм рт. ст.), причем в старшей возрастной группе — чаще на 17%. Разница в назначении уровня компрессии (до колена или выше) в обеих группах незначительна, более 73% случаев — это чулки или колготы. Поэтому, основные жалобы на трудность надевания и дискомфорт при ношении компрессионного трикотажа больные всех возрастных групп предъявляют с одинаковой частотой. Но есть ли необходимость столь частого назначения компрессионных изделий в виде чулок или колгот и высокой степени компрессии? Исследований, подтверждающих этот факт, нет, но реальная клиническая практика говорит о том, что это наиболее распространенные рекомендации. Если исходить из того, что пациенту необходима компрессионная терапия в первую очередь для улучшения работы мышечно-венозной помпы голени, то гольфы также справляются с этой задачей. И более частое их использование, особенно у пациентов старшей возрастной группы, повлечет за собой увеличение комплаентности больных и, соответственно, повышение качества и результата лечения за счет соблюдения рекомендаций. Это более предпочтительный вариант также и с экономической точки зрения.

В 93,3% случаев в качестве фармакотерапии был рекомендован Детралекс (МОФФ). Несоблюдение этой рекомендации отмечено лишь у 6–7% пациентов в обеих группах. Интересно, что замена лекарственного препарата на уровне аптеки в 3 раза чаще наблюдалась в «старшей» группе. В этой же возрастной категории в 2 раза чаще не соблюдался регламент лечения. По мнению

пациентов это было связано с неэффективностью терапии.

Закономерно, что у больных до 50 лет отмечается более высокая эффективность лечения, отсутствие необходимости дополнительного приема обезболивающих препаратов. У большинства пациентов происходит выраженное снижение интенсивности или полное купирование жалоб, а эффект терапии сохраняется более длительное время. В группе после 50 лет доля пациентов недовольных лечением оказалась в 2 раза выше.

Таким образом, можно сделать вывод, что, во-первых, в большинстве случаев для молодых пациентов достаточно стандартного курса консервативной терапии, в первую очередь назначения флеботропного препарата. При назначении лечения в старшей возрастной группе необходим индивидуальный подход, так как часто требуется изменение регламента (удлинение стандартного курса приема флеботоника). Во-вторых, требуется более внимательное отношение к рекомендациям по компрессионной терапии, так как в большинстве случаев нет необходимости назначать высокий уровень компрес-

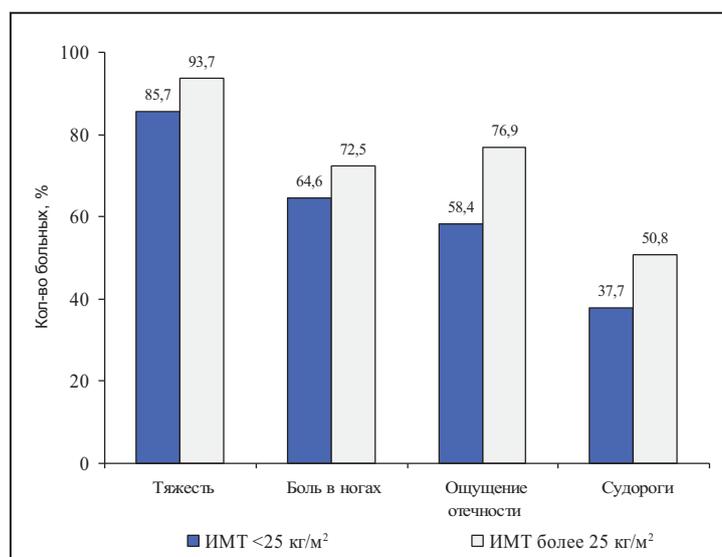


Рис. 2. Жалобы у пациентов с различным индексом массы тела (ИМТ)

сии (выше колена), особенно у пациентов старшей возрастной группы.

Известно, что для развития и прогрессирования ХЗВ большое значение имеют конституциональные особенности пациентов. Среди больных, включенных в исследование, индекс массы тела (ИМТ) в среднем составил  $26,0 \pm 5,0$  кг/м<sup>2</sup>. При этом избыточная масса тела и ожирение (ИМТ  $\geq 25,0$  кг/м<sup>2</sup>) были выявлены у 53,2% обследованных. Мы проанализировали группы пациентов с ИМТ больше и меньше 25 кг/м<sup>2</sup>. Все ранее изучаемые параметры, такие как степень тяжести заболевания, объективные и субъективные проявления, преобладали у больных с лишним весом (табл. 5, рис. 2).

По проведенному лечению группы не отличались, регламент консервативной терапии был одинаковым. Интересен тот факт, что в группе с высоким ИМТ только в 65% случаев были даны рекомендации по снижению веса. К сожалению, нет данных о соблюдении именно этой рекомендации. В отношении остальных рекомендаций врача только 10% больных говорили о сложности их соблюдения в целом. На практике большинство таких пациентов говорят о невозможности их выполнения.

Настораживает тот факт, что избыточная масса тела и ожирение не стали препятствием для большинства хирургов при рекомендации хирургического вмешательства. Одновременно хирургическое вмешательство и консервативная терапия были рекомендованы в 32–33% случаев в обеих группах. Хотя известно, что в подобной ситуации (ожирение) увеличивается частота рецидива заболевания. Возможно в данном случае играет роль и экономическая составляющая, так как операция, особенно в условиях коммерческого медицинского центра, гораздо более выгодна, чем консервативное лечение и длительная борьба с лишним весом.

В исследовании отмечено, что пациентам с высоким ИМТ фармакотерапия назначалась на более продолжительный срок. В частности, доля больных, которым флеботропный препарат назначается более, чем на 8 недель, в данной группе была статистически значимо больше ( $p=0,014$ ). Конечно, этот факт является и следствием того, что заболевание у этой категории пациентов в среднем «тяжелее» и протекает с более заметными и беспокоящими проявлениями. Обращает на себя внимание также нерегламентированное назначение флеботропной терапии врачами: случаи назначения 1, 3 и 4 таблеток в сутки.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итог дополнительного анализа результатов российской части исследовательской программы «VEIN ACT», можно с уверенностью говорить об эффективности консервативной терапии, при-

водящей к достоверному снижению выраженности симптомов ХЗВ. При симптоматических формах заболевания начинать лечение целесообразно именно с консервативной терапии. Наиболее часто в рамках программы рекомендовался препарат МОФФ Детралекс, который использовался на любой стадии заболевания, для длительной (до года) терапии [7]. При доказанной связи жалоб пациента и объективных проявлений заболевания с патологией венозной системы необходимо обсудить целесообразность первоочередного хирургического вмешательства, особенно у больных с повышенным ИМТ. Можно констатировать факт, что ни один из самых современных эндоваскулярных и хирургических методов не гарантирует полного исчезновения жалоб, в том числе хронического венозного отека.

Регламент фармакотерапии нуждается в регулировании в зависимости от степени тяжести заболевания, особенно у пациентов старшего возраста и больных с ожирением вне зависимости от половой принадлежности пациента. Наименьшая приверженность больных отмечается в отношении компрессионного лечения. Рациональные рекомендации и возможное уменьшение уровня и степени компрессии могут улучшить сложившуюся ситуацию. При этом также нужно учитывать возраст и ИМТ пациентов.

Таким образом, индивидуальный подход к лечению, правильные рекомендации во многом определяют комплаентность пациентов и, следовательно, результаты терапии и качество жизни больных с ХЗВ.

***Конфликт интересов.** Компания «Сервье» являлась финансовым и организационным партнером исследовательской программы «VEIN ACT», но не оказывала влияния на анализ материала и написание статьи.*

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *Rabe E., Guex J.-J., Puskas A., et al.* Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from Vein Consult Program. *Int. Angiol.* 2012; 31(2): 105–115.
2. *Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю.* Хронические заболевания вен в Российской Федерации. Результаты международной исследовательской программы VEIN CONSULT. *Флебология.* 2010; 4(3): 9–12.
3. *Кириенко А.И., Золотухин И.А., Юмин С.М. и др.* Эффективность специализированной флебологической помощи в России: результаты проспективного обсервационного исследования СПЕКТР. *Флебология.* 2015; 9(2): 1–8.
4. *Илюхин Е.А., Гальченко М.И., Золотухин И.А.* Эндовенозная термооблитерация в практике российских флебологов по данным проспективного об-

- сервационного исследования "Регистр пациентов с хроническими заболеваниями вен (СПЕКТР)". Флебология. 2013; 7(1): 5–9.
5. **Савельев В.С., Покровский А.В., Кириенко А.И. и др.** Проведение оперативного вмешательства при варикозной болезни под прикрытием микронизированного диосмина. Ангиология и сосудистая хирургия. 2007; 13(2): 47–55.
6. **Богачев В.Ю., Голованова О.В., Кузнецов А.Н.** Особенности лечения хронических заболеваний вен в России. Предварительные результаты программы «VEIN ACT». Ангиология и сосудистая хирургия. 2015; 21(2): 76–82.
7. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. Флебология. 2013; 7(2): 2–47.
- 

**SUMMARY**

**CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC DISEASES  
OF LOWER LIMB VEINS: MAJOR RISKS OF POOR PATIENT COMPLIANCE**

**Golovanova O.V., Kuznetsov A.N.**

*Chair of Faculty Surgery No 1 of the Therapeutic Department of the Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Research Institute of Clinical Surgery, Moscow, Russia*

*Presented herein are the results of the Russian part of the International Research Programme "VEIN ACT" aimed at studying approaches to conservative treatment of chronic vein diseases in the Russian Federation, assessing its efficacy and safety, as well as monitoring the patient compliance. Also discussed are the regimen and results of conservative therapy, depending on patients' gender, age and body mass index, as well as the level of adherence to various methods of treatment in the cohorts concerned.*

*High efficacy of conservative therapy in all patients was confirmed. However, the regimen of drug therapy needs to be adjusted depending on the disease severity, especially in patients of a more advanced age and those with obesity. The lowest patient compliance was observed in relation to compression treatment. The existing situation may be improved by means of appropriate recommendations and a possible decrease of the level and degree of compression. This should of course be done carefully and attentively, with obligatorily taking into consideration the patients' age and body mass index.*

**Key words:** *chronic venous diseases, compression therapy, phlebotropic therapy, micronized purified flavonoid fraction, detralex.*

---