

Ожирение и хроническая венозная недостаточность. Что расскажут исследования?



Уровень распространенности хронических заболеваний вен (ХЗВ) нижних конечностей очень высок и имеет устойчивую тенденцию к прогрессированию. В отношении ожирения мы наблюдаем ту же картину. Сочетание этих явлений дало основание Н. Davies и соавт. определить существующую ситуацию как эпидемию «флебоожирения» (phlebesity), подчеркнув тем самым взаимосвязь ожирения и венозной патологии [1].

Хронические заболевания вен (ХЗВ) включают преимущественно варикозное расширение вен.

Ожирение и патогенез ХЗВ. Что говорят исследования?

В популяционном проспективном Эдинбургском венозном исследовании обнаружено, что с течением времени:

- риск развития венозного рефлюкса у пациентов с ожирением в 2,1 раза выше, чем у лиц с нормальной массой тела.
- риск развития ХЗВ у больных с варикозной болезнью в 1,8 раза выше, если у них имеется избыточная масса тела.

Все обследованные Н. Vlainas и соавт. пациенты с классами C5 и C6 и 88% — с классом C4 имели выявленные при дуплексном ультразвуковом исследовании или дуплексном сканировании признаки рефлюкса и/или обструкции.

J. Keiler и соавт., измерявшие при помощи ультрасонографии диаметр бедренной вены у 82 человек (164 конечности) в положении лежа и стоя с применением приема Вальсальвы, обнаружили значимую позитивную корреляцию между диаметром бедренной вены и ИМТ.

L. Vines и соавт., обследовали 1145 пациентов с ультрасонографически подтвержденными ХЗВ, которым планировалось хирургическое вмешательство. Было показано, что в отличие от пациентов с нормальным ИМТ у больных с ИМТ >25 кг/м² чаще наблюдалась несостоятельность перфорантных вен, был выше класс по CEAP и заболевание протекало более тяжело.

Почему так происходит?

Скорее всего механизм развития ХЗВ у лиц с ИМТ >25 кг/м² заключается в том, что повышенное внутрибрюшное давление (ВБД), обусловленное гипертрофией висцерального жира, приводит к компрессии илиофemorального венозного сегмента с развитием гипертензии в бедренных венах и нарушения оттока венозной крови от нижней конечности. N. Evans и V. Ratchford считают, что именно это может вызывать или усиливать отек, являющийся одним из проявлений ХЗВ, а также появление варикозно-расширенных вен и телеангиэктазий.

В проспективное когортное исследование было включено 23 человека без ожирения и 22 с ожирением. При дуплексном ультразвуковом сканировании обнаружили увеличение диаметра бедренной вены, снижение пиковой и минимальной скорости кровотока при ожирении. Венозная амплитуда и сдвиговая деформация венозной стенки были выше у пациентов без ожирения. Когда подсчитали ранговую корреляцию по Спирмену выявили сильную обратную связь окружности талии и соотношения окружности талии и окружности бедер с пиковой и средней скоростью венозного кровотока, амплитудой скорости и сдвиговой деформацией венозной стенки, что прямо указывает на отрицательное влияние не только ожирения в целом, но именно абдоминального ожирения, приводящего к

интраабдоминальной гипертензии, на венозную гемодинамику нижних конечностей.

Из приведенных исследований можно сделать вывод, что сни-

жение массы тела в целом и висцерального жира в частности положительно скажется на венозной гемодинамике нижних конечностей и выраженности клинических проявлений ХВН.

По материалам: Шевела А.И., Усов С.А., Маркина В.А. Ожирение и хроническая венозная недостаточность: от факторов риска к патогенезу. Флебология. 2019;13(3):220-224.
<https://doi.org/10.17116/flebo201913031220>

Материал принадлежит ООО «ММА«МедиаМедика», любое копирование и использование в коммерческих целях запрещено. Предназначено исключительно для специалистов здравоохранения.