

Остеопорозбен ауыратындардағы төменгі бейімділік антиостеопоротиялық терапияның терапевтік салдарының көрініс табуын азайтудың басты себебі болып табылады және ол сынықтардың даму ықтималын едәуір арттырады және аурулардың өмір сүру сапасын төмендетуге және емделуге жұмсалатын шығындардың артуына әкеліп соғады. Деносу́м (пролиа) биологиялық препаратын постменопаузальды остеопороз терапиясының бейімділігін арттыруға арналған және тиісінше сынықтардың жоғары тәуекелі бар науқастардағы остеопорозды тиімді емдеуге арналған перспективті препарат деп есептеу қажет. Деносу́мның артықшылығы енгізудің парентералды формасымен және ас қорыту жолы жағынан жағымсыз құбылыстардың болмауымен асқазан-ішек жолы ауыратын науқастарда; емделуді мерзімінен бұрын тоқтатқан және қолданылуы барынша қолайлы және жақсы төзе алатын терапияны жаңартуға ниет білдіретін әйелдерде қамтамасыз етіледі.

SUMMARY

R.L. IVANOVA

State Medical University, Semey c.

COMPLIANCE WITH OSTEOPOROSIS THERAPY: WAYS OF IMPROVING

In patients with osteoporosis, low compliance is the main reason of decrease of intensity of therapeutic effect of anti-osteoporosis therapy, which substantially increases risk of occurrence of fractures and leads to loss of life quality of patients and to growing treatment expenses. Biological preparation Denosumab (Prolia) shall be considered perspective preparation for increase of compliance to therapy of postmenopausal osteoporosis and, consequently, for effective treatment of osteoporosis among female patients under high risk of fractures. Priority of Denosumab among patients with gastro-intestinal diseases is assured by parenteral form of administration and by absence of adverse events on the part of digestive tract; among women who previously terminated therapy and wish to re-introduce therapy but more comfortable in use and well-tolerated.

CIS/DNB/0056/12

Статья опубликована при поддержке компании ГлаксоСмитКляйн. Мнение автора может не совпадать с мнением компании. ГлаксоСмитКляйн не несет ответственности за возможные нарушения прав третьих сторон.

ФЛЕБОЛОГИЯ

УДК 616.147.17

Л.К. КУДЕРИНОВА

Городская поликлиника №4, г. Алматы

ДЕЛИКАТНЫЕ ПОДРОБНОСТИ «НЕУДОБНОЙ» БОЛЕЗНИ, РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ПРОЕКТА ТАЛАП В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Геморрой (геморроидальная болезнь) не случайно считается самым распространенным заболеванием прямой кишки: согласно цифрам медицинской статистики, 40% всех обращений к проктологу вызвано именно этим недугом. При этом от «неудобной» болезни в равной степени страдают как сильная, так и прекрасная половина человечества.

Ключевые слова: геморроидальная болезнь, образ жизни, программа ТАЛАП.

Эпидемиологические данные в отношении распространенности геморроя неоднородны, так как их оценка происходит по различным параметрам: наличие симптомов геморроя, анатомические разновидности или подходы к лечению. В результате показатель заболеваемости колеблется от 4 до 86% в зависимости от того, проводится ли исследование в специализированном центре или представляет собой почтовое анкетирование без медицинского осмотра, при котором систематическая ошибка оценки, обусловленная субъективным фактором, очевидна. Подсчитано, что 50% лиц старше 50 лет испытывали симптомы геморроя по крайней мере один раз в жизни [1]. В США 15 млн взрослых страдают от геморроя, и треть из них обращается по этому поводу к врачу [2]. Распространенность выпадения геморроидальных узлов III-IV степени составляет 11% в популяции лиц без симптомов и 31% у лиц с симптомами геморроя [4]. Установлено так же, что нет никакой разницы в частоте заболеваемости, связанной с этнической принадлежностью. Генетические факторы, связанные с геморроем, не определены. Недавнее исследование во Франции показало, что 39% опрошенных взрослых указали, что они страдали от геморроя по крайней мере один раз в жизни, а 15% отметили геморрой в

анамнезе в течение предыдущих двенадцати месяцев. Только один из четырех опрошенных обращался за консультацией к врачу, а аноскопия была выполнена менее чем в 5% случаев [5].

Многочисленные исследования, проведенные в течение двух последних десятилетий, ставили перед собой цель определить провоцирующие факторы заболевания. В развитии этой деликатной проблемы немалую роль играет запутанный клубок «городского» образа жизни [6, 7]:

- малоподвижная «сидячая» работа;
- нерациональное и нерегулярное питание, приводящее к избыточному весу;
- хронические запоры с длительным натуживанием;
- регулярное поднятие чрезмерных тяжестей, будь то работа, тяжелая атлетика и другие виды силовых упражнений;
- хронический стресс;
- курение;
- увлечение «горячительными» напитками, даже пивом и коктейлями;
- у женщин геморрой нередко развивается во время беременности и родов;
- врожденная слабость стенок геморроидального сплетения, наследственная предрасположенность;

– длительное бесконтрольное применение некоторых лекарственных средств, в том числе слабительных;

– увлечение спортом: авто- и мотоспорт, велоспорт, конный, различные варианты гребли, а также виды, связанные с подъемом тяжестей.

Любой из этих факторов риска и тем более их сочетание способны привести к формированию первичного геморроя. Вторичная форма заболевания развивается как осложнение некоторых хронических заболеваний: цирроза печени, опухолей органов малого таза, тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний и пр. И все же, какие бы причины ни вызвали развитие геморроя, в его основе всегда лежит застой крови в венозных сплетениях конечного отдела прямой кишки. Постоянно переполняясь кровью, эти вены расширяются, постепенно истончаются и превращаются в так называемые геморроидальные узлы [8, 9].

По инициативе кафедры хирургии АГИУВ при непосредственной поддержке компании Servier было решено провести эпидемиологическое исследование по изучению распространенности геморроидальной болезни в РК – «ТАЛАП». Предпосылками к запуску проекта послужил целый ряд факторов. Так, несмотря на широкую распространенность геморроидальной болезни с большими экономическими затратами, связанными с ней, патология до сих пор недостаточно изучена. В процесс ранней диагностики и лечения геморроя вовлечены не только специалисты, но и пациенты. Зачастую люди с начальными стадиями геморроя избегают посещать проктологические кабинеты, стесняясь «неприличного» месторасположения болезненной проблемы и не считая ее чем-то серьезным, а тем более опасным для здоровья. Применяемое пациентами самолечение, без обращения к специалисту, ведет к прогрессированию заболевания, появлению осложнений (выпадение или ущемление геморроидальных узлов, кровотечение). Опасность еще заключается и в том, что под симптомами геморроя часто маскируются совершенно другие недуги, а отсутствие консультации у специалиста ведет к поздней диагностике и ухудшает исход заболевания. Все эти факторы ведут к низкой выявляемости геморроя, прогрессированию заболевания и росту числа пациентов с запущенными стадиями болезни. Перечисленные проблемы актуальны не только в Казахстане – с ними сталкиваются и другие страны, в том числе Польша, Германия, Россия, Франция, Украина, США и др.

Программа ТАЛАП была направлена на выявление больных с геморроидальной болезнью на амбулаторном хирургическом приеме и проходила с февраля по март 2012 г. во всех регионах Казахстана. Важно подчеркнуть, что проведение проекта осуществлялось, как и рекомендуется, ведущими профессиональными ассоциациями колопроктологов, с использованием классификации острой и хронической форм заболевания. В исследовании предполагалось использование анатомической классификации стадий выпадения

геморроидальных узлов по Goligher, представленной в таблице 1.

На каждого исследуемого заполнялась специальная форма, в которой фиксировался ряд показателей (возраст, пол, наличие наследственной отягощенности, длительность заболевания, лечение, диагноз). Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием компьютерной программы «Statistica 6.0» («Statsoft», США). Рассчитывали среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD). Проверку выборки на соответствие нормальному распределению проводили методом трех сигм (σ -SD). При проверке гипотезы о равенстве средних в двух независимых выборках использовали непарный критерий Стьюдента (в случае нормального закона распределения) и критерий Mann-Whitney (в случае закона распределения отличного от нормального). Данные представлены в виде $M \pm \sigma$. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Всего в проекте ТАЛАП было обследовано 2024 пациента, из них женщин 52% (1054 пациентки) и мужчин 48% (970 пациентов). То есть, в РК на прием к хирургу одинаково часто обращаются и мужчины, и женщины с симптомами и признаками геморроидальной болезни (рис. 1).

В рамках программы было выяснено, что у 41,4% пациентов (839) заболевание было выявлено ранее, а у 4,2% уже было проведено оперативное вмешательство. Длительность заболевания с диагнозом: хронический геморрой составила в среднем 5,3 года ($5,3 \pm 4,8$), с диагнозом: острый геморрой 5,9 дня ($5,9 \pm 2,4$). Детальное изучение возрастного состава пациентов, как видно из рисунка 2, показало, что большинство пациентов, включенных в исследование, имели возраст от 16 до 55 лет (79% обследованных), то есть пациенты активного трудоспособного возраста.

Также было выяснено, что в палитре диагнозов преобладал хронический геморрой (82% пациентов), рис. 3.

Во время проведения республиканской программы ТАЛАП был выявлен ряд значимых отличий от зарубежных эпидемиологических показателей. Так, в развитых странах подавляющее большинство случаев тяжелых форм заболевания приходится на возраст старше 70 лет, а пик заболеваемости на возраст 80 лет. При этом средняя частота развития запущенных стадий среди пациентов с геморроидальной болезнью не превышает 1-5%. Согласно результатам нашей программы, охватившей около 2 тыс. пациентов из разных регионов Казахстана, 76% больных обращаются к хирургам на I – II стадии заболевания геморроидальной болезнью (рис. 4).

Но в отличие от зарубежных показателей, частота обращения пациентов с III-IV стадиями составила 24%, причем только 3% обратившихся были в возрасте за 70 лет. Во время выполнения программы в РК запущенные стадии заболевания были обнаружены даже у пациентов в возрасте 45-55 лет, то есть возраст, в котором выявляют тяжелые формы геморроидальной болезни, в нашей стране очень молодой.

Современная медицина располагает большим арсеналом методов для лечения различных стадий геморроидальной болезни. Даже в запущенных случаях пациенту можно помочь с применением инновационных хирургических методик. Необходимо также отметить, что в каждом конкретном случае подход к лечению должен быть индивидуальным и обоснованным. На ранних стадиях консервативная терапия позволяет эффективно устранить симптомы (кровянистые выделения, боль, отек) и предотвратить дальнейшее прогрессирование заболевания. А у пациента с запущенными стадиями заболевания медикаментозная терапия эффективна и в составе комплексного

Таблица 1 – **Анатомическая классификация стадий выпадения геморроидальных узлов по Goligher**

Стадия I	Выпадение отсутствует
Стадия II	Выпадение с самостоятельным вправлением в анальный канал после прекращения напряжения
Стадия III	Выпадение без самостоятельного вправления в анальный канал, поддающееся вправлению извне
Стадия IV	Постоянное выпадение, повторяющееся самопроизвольно после вправления извне

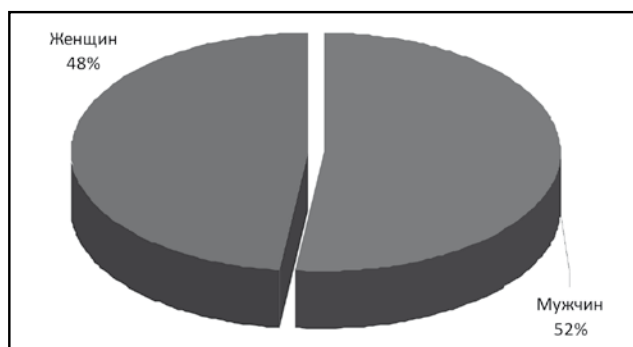


Рисунок 1 – Распределение пациентов в проекте по гендерному признаку

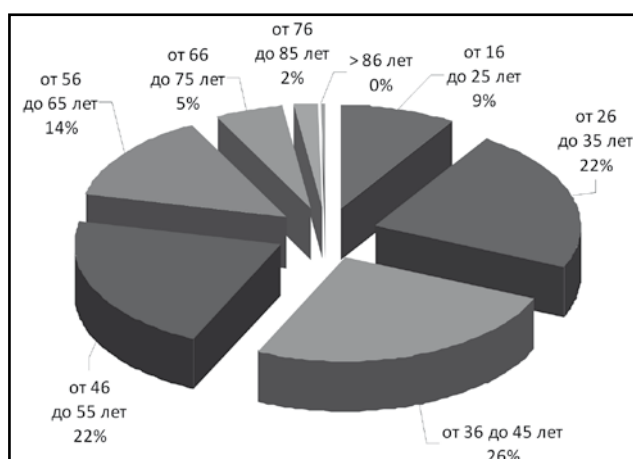


Рисунок 2 – Распределение пациентов по возрасту



Рисунок 3 – Распределение пациентов в проекте по диагнозу

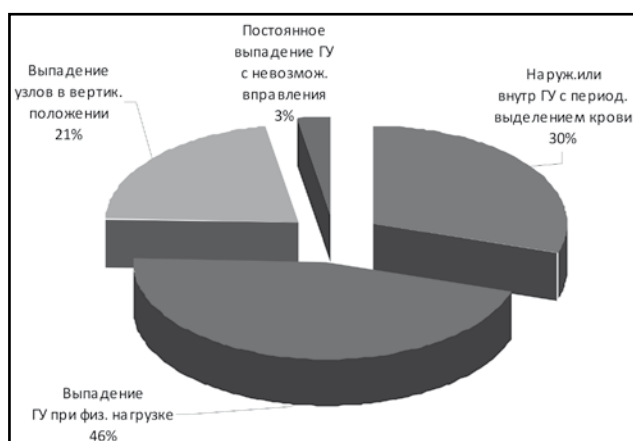


Рисунок 4 – Распределение пациентов по стадиям хронического геморроя

лечения. Сегодня значительно увеличились возможности консервативной терапии геморроя. Как известно, развитие геморроидальной болезни представляет собой многофакторный процесс, в котором задействовано множество механизмов. Настоящим прорывом в их понимании стало получение данных о ведущей роли в патогенезе заболевания эндovasкулярного воспаления. Именно воспаление является ключевым фактором, вызывающим ремоделирование стенок сосудов и, как следствие, гипертензию и нарушения на микроциркуляторном уровне. Углубление знаний о патогенезе заболевания позволило разработать средства для прицельной фармакотерапии. Появление современных флеболимфотоников позволяет предотвратить прогрессирование заболевания либо значительно замедлить его течение. В частности, в распоряжении специалистов имеется Детралекс® («Сервье») – флеботропный препарат №1 в мире. Это комбинированный препарат, содержащий очищенную фракцию флавоноидов в виде диосмина, гесперидина, линарина, изорхоифолина и диосметина [3]. Детралекс® обладает комплексным механизмом действия:

- блокирует воспаление стенок вен и клапанов (M. Perrin, A.A. Ramelet, 2011);
- улучшает венозный тонус (Lyseng, Williamson, Drugs. 2003, 63, 71-100);
- стимулирует лимфатический отток и уменьшает выраженность воспаления (C. Allegra et al., 1998);
- улучшает микроциркуляцию (S. Takase et al. Eur Vasc, Endovasc Surg. 2004; 28: 484-493);
- уменьшает взаимодействие лейкоцитов с эндотелием, адгезию нейтрофильных гранулоцитов в посткапиллярных венулах, что снижает повреждающее действие медиаторов воспаления на стенки вен и створки венозных клапанов (Bergan JJ et al. N Engl).

Благодаря мощной доказательной базе Детралекс® подтвердил свою эффективность независимо от стадии и тяжести заболевания. В двойных плацебо-контролируемых исследованиях с использованием объективной и количественной оценки действия микронизированной очищенной флавоноидной фракции было установлено, что Детралекс® эффективен при лечении острой стадии геморроя (уменьшение боли и кровотечения ко 2 дню у 80% пациентов) при применении в терапевтической дозе 6 таблеток в день (6 таб.*4 дня, 4 таб.*3 дня). Также доказана эффективность применения Детралекса у пациентов с хроническими формами заболевания – прием 2 таб. в день однократно в течение 3 месяцев снижает в 3 раза тяжесть и частоту обострений заболевания. Несомненно, приведенные данные необходимо учитывать при выборе консервативной терапии геморроидальной болезни на практике.

Что касается выбранной тактики лечения в проекте, то докторами-участниками были указаны следующие методы:

Результаты проекта ТАЛАП показали, что, к сожалению, особенности отношения общества к данной патологии способствуют тому, что за медицинской помощью по поводу геморроидальной болезни больные обращаются чаще на тех стадиях, когда необходимо хирургическое лечение. Таким образом, для успешной терапии крайне важно раннее начало лечения. В идеале врач на обычном терапевтическом приеме должен обращать внимание на наличие у пациента признаков развития геморроя либо факторов риска и в зависимости от результатов осмотра назначать профилактические мероприятия, адекватное лечение либо направлять на консультацию к проктологу или хирургу. Следует учитывать, что факторы риска развития геморроидальной болезни широко распространены. В их числе – генетическая предрасположенность,

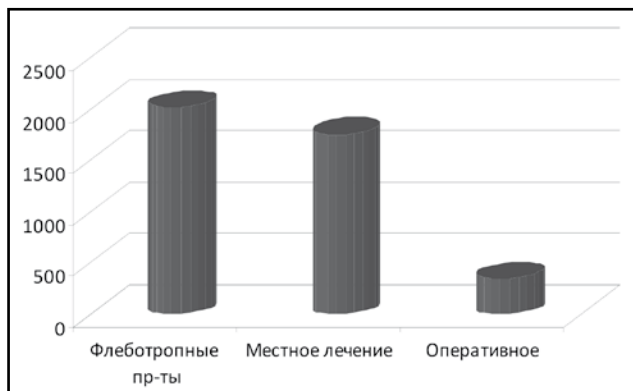


Рисунок 5 – Выбор метода терапии

пожилой возраст, ожирение, женский пол, беременность, длительные статические нагрузки и гиподинамия, а также «издержки городского образа жизни». К сожалению, в РК все еще нередки случаи, когда пациенту, даже предъявляющему характерные жалобы, свидетельствующие о наличии патологии, не назначают адекватную терапию или предлагают «подождать» до развития более поздних стадий заболевания, когда требуется уже хирургическое лечение. Необходимо помнить, что консервативное лечение остается основным методом оказания помощи больным с начальными стадиями геморроя, а вовремя назначенная консервативная терапия позволяет предупредить прогрессирование заболевания и развитие тяжелых осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Bergan JJ, Shmld-Schonbein GW, Coleridge-Smlth PD, et al // N Engl J Med. 2006;355:488-498
- 2 Garner RC, Garner JV, Gregory S, et al. J Pharm Sci. 2002;93:32-40
- 3 Paysant J, Sansilvestri-Morel P, Bouskela E, et al // Int Angiol. 2008;27;81-85
- 4 Jantet G and the RELIEF study group // Angiology. 2002;53:245-256.
- 5 Pascarella L // Curr Pharm Des. 2007;13:431-444

УДК 616.15-007.64

С.Е. ТУРСЫНБАЕВ

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

ФЛЕБОПАРТНЕР KZ ГЛАЗАМИ ТЕРАПЕВТА

Хронические заболевания вен нижних конечностей (ХЗВ) являются наиболее распространенной патологией сердечно-сосудистой системы. Во всем мире ХЗВ называют болезнью цивилизации, подчеркивая тревожную эпидемиологическую ситуацию, что подтверждено большим количеством исследований. Частота их выявления среди населения индустриально развитых стран колеблется от 40 до 78%. Например, во Франции – 43%, в Польше – 66%, а по результатам мультицентрового исследования в странах Европы – до 78%, в России на 2002 год – 66%. Совершенно очевидно, что со столь «объемной» проблемой сталкиваются врачи практически всех специальностей и особенно терапевты. По данным международного исследования VEIN CONSULT PROGRAM (2009 г.) в 21% случаев причиной обращения к терапевту служат именно симптомы ХЗВ.

Ключевые слова: ХЗВ, профилактика, Программа ФЛЕБОПАРТНЕР, комплексное лечение.

Основными нозологическими формами ХЗВ являются варикозная болезнь и посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей, а также ангиодисплазии (врожденная патология). Бытует мнение, что хроническое заболевание вен не очень опасное заболевание и причиняет лишь косметические неудобства. Это не так. Нарушение венозного оттока может спрово-

6 Ramelet AA, Boisseau MR, Allegra C, et al // Clin Hemorheol and Microcir. 2005;33:309-319

7 Nicolaidis AN, Allegra C, Bergan J, et al // Int Angiol. 2008;27:1-60

8 Coleridge-Smith P. Guidelines of the American Venous Forum. 3rd ed. Eds; Gliwiczki

9 Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению ХЗВ нижних конечностей // Флебология. – 2009. – №3, том 3

Т Ы Ж Ы Р Ы М

Л.К. КУДЕРИНОВА

№4 қалалық емханасы, Алматы қ.

«ЫҢҒАЙСЫЗ» АУРУДЫҢ ШЕТІН ЖАН-ЖАҚТЫЛЫҒЫ, ҚР-ҒЫ ТАЛАП ЗЕРТТЕУ ЖОБАСЫНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

АГИУВ хирургия кафедрасының бастамасы бойынша Servier компаниясының тікелей қолдауымен ҚР-да геморроидальды аурудың таралуын зерттеу бойынша «ТАЛАП» эпидемиологиялық зерттеуін өткізу туралы шешім қабылданған болатын. ТАЛАП жобасының нәтижелері, екіншіше орай, қоғамның осы ауытқуға қатынасу ерекшеліктері науқастардың геморроидальды ауру себебі бойынша медициналық көмекке көбінесе хирургиялық емдеу қажет сатыларда жүгінуіне ықпал ететіндігін көрсетті.

S U M M A R Y

L.K. KUDERINOVA

City Polyclinic №4, Almaty c.

DELICATE DETAILS OF “UNCOMFORTABLE” DISEASE, RESULTS OF TALAP RESEARCH PROJECT IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Upon an initiative of the chair of surgery of Almaty Extension Course Institute for Medical Practitioners, with the direct support of Servier Company it was decided to carry out an epidemiological survey on investigating the prevalence of hemorrhoidal disease in the Republic of Kazakhstan – “TALAP”. The results of TALAP Project showed that unfortunately, the society’s particular attitude to this pathology contributes to the fact that patients more often seek medical advice on hemorrhoidal disease during the stages when they need surgical treatment.