

щать внимание на наличие у пациента признаков развития ХЗВ либо факторов риска и в зависимости от результатов осмотра назначать профилактические мероприятия, адекватное лечение и при наличии осложнений направлять на консультацию к хирургу.

Таким образом, независимо от стадии заболевания и его осложнений больные обращались в первую очередь к врачу-терапевту и 58% из них были направлены к хирургу с различными формами осложнений ХЗВ. Для успешной терапии крайне важно раннее начало лечения. Детралекс влияет на все звенья патогенеза и показан как для профилактического курса фармакотерапии в начальной стадии заболевания, так и для лечения всех форм ХЗВ. Необходимо помнить, что консервативное лечение остается основным и постоянным методом оказания помощи больным с начальными стадиями ХЗВ и в послеоперационном периоде, а вовремя назначенная консервативная терапия позволяет предупредить прогрессирование и рецидив заболевания и развитие тяжелых осложнений.

Участники исследования: Атишова М.Н., Тажимура-това Г.Ж., Баширов А.У., Бусловская А.В., Алимжанова А.Б., Панкова Т.Б., Аккасова Г.Т., Бейсенбаева Г.Е., Сугиралиева С.Ш., Сыйкова Ш.Г., Омирбаева Р.Т., Усембекова А.К., Ахметова Г.Т., Сартбаева Н.И., Джумагулова Ж.К., Рахимбаева М.Б., Ильина М.В., Емельжанова А.Ш., Садыкова А.О., Асылбек А., Парфентьева О.Ю., Валитова Т.В., Сиснева Т.А., Туреханова Ж.Т., Кудеринова Л.К., Сейдгапарова М.У., Балкыбек Ж.А., Шекимова М.Ж., Алтынбаева Г.Н., Куандыкова С.Ж., Салыкова А.А., Калибекова Г.А., Маулетбаева Г.С., Абдрахманова Г.С., Кузнецова Н.И., Кусманова Г.С., Перова М.А., Шаповалова Н.В., Шадет А.Ш., Исакова Э.О., Караманова Б.К., Жорабекова С.Ш., Койбагарова Ж.Ж., Асылбекова А.Т., Есенбаева М.Е., Батанова Н.Б., Тусибек-ова Т.С., Салыбекова У.С., Назарова Д.С., Альжанова К.А., Медетова А.Ж., Аметова Н.М., Лепесова Д.Х., Глазкова Г.Е., Разиева Г.Н., Ибраимова А.Е., Сергеева Е.Н., Садуа-касова Ф.Ж., Абеев М.К., Архипова Т.Н., Досмуханова Р.Р., Насырова М.П., Михайлова И.Е., Зубкова Л.В., Сегизбаева Б.Ш., Такибаева Б.М., Орумбаева С.К., Сайдахметова А.К., Кадрахунова Ж.К., Омашова А.А., Алдажарова А.Б., Туреханова Ж.Т.

УДК 615.32:616.15-007.64

Р.С. КАЛЫШЕВ

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕТРАЛЕКСА В ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Была изучена группа из 60 пациентов с хронической венозной недостаточностью в стадии декомпенсации различной этиологии. В 12 (20%) случаях имелись открытые трофические язвы. Все пациенты в течение 60 дней принимали флеботропный препарат Детралекс (микронизированный комплекс биофлавоноидов), Сервье, Франция, в дозе 2 таблетки 1 раз в сутки. В 8 (66,7%) случаях язвы закрылись полностью и в 3 (25,0%) случаях отмечалась эпителизация язв более, чем на 50%. Анализ результатов показал, что применение препарата Детралекс позволяет добиться положительного эффекта при лечении больных с тяжелыми формами хронической венозной недостаточности при хорошей переносимости.

Ключевые слова: Детралекс, хроническая венозная недостаточность, трофические язвы, флеботропная терапия.

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) – это патологическое состояние, причиной которого является целый каскад изменений на молекулярном, клеточном и тканевом уровнях, вызванных венозным стазом. В настоящее время ХВН является наиболее часто встречающейся патологией сосудистой системы, которая

Т Ы Ж Ы Р Ы М

С.Е. ТУРСЫНБАЕВ

Алматы мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институты

ФЛЕБОПАРТНЕР КЗ ТЕРАПЕВТ КӨЗІМЕН

Аяқ тамырларының созылмалы аурулары (ТСА) жүрек-тамыр жүйесінің ең көп тараған патологиясы болып табылады. Күллі әлемде ТСА зерттеулердің көптеген санымен дәлелденген, қауіпті эпидемиологиялық жағдайды көрсете отырып, өркеніет ауруы деп аталады. Оның индустриальды дамыған елдер халқы арасында анықталу жиілігі 40 бастап 78%-ға дейін тербеледі. Мысалы, Францияда – 43%, Польшада – 66%, мультиорталықтық зерттеу нәтижелері бойынша Еуропа елдерінде – 78%-ға дейін, Ресейде 2002 жылы – 66%. Осындай «көлемді» мәселемен барлық мамандықтар дәрігерлері, әсіресе терапевтердің бетпе-бет келетіндігі толық айқын. VEIN CONSULT PROGRAM (2009 ж.) халықаралық зерттеу деректері бойынша жағдайлардың 21%-да терапевтіге жүгіну себептері дәл осы ТСА белгілері болып табылады.

SUMMARY

S.E. TURSUNBAYEV

Almaty State Extension Course Institute for Medical Practitioners

PHLEBOPARTNER KZ AS VIEWED BY THERAPEUTIST

Chronic lower extremity vein diseases (CVD) are the most common pathology of the cardiovascular system. In the whole world CVD are called the disease of civilization, underlining the worrying epidemiological situation and that is supported by a large number of studies. Frequency of their detection among the population of industrialized countries varies from 40 to 78%. For example, in France – 43%, Poland – 66%, and according to the results of a multicenter study in Europe – up to 78%, in Russia in 2002 – 66%. It is quite clear that doctors of almost all specialties, especially general practitioners face this “extensional” problem. According to the international study VEIN CONSULT PROGRAM (2009), in 21% of cases the cause of seeking for therapist medical advice were just symptoms of CVD.

Особую категорию по тяжести клинических проявлений представляют пациенты с ранее перенесенным тромбозом глубоких вен нижних конечностей (посттромбофлебитическая болезнь – ПТБ), встречающемся среди взрослого населения в 0,1-0,3% у лиц молодого возраста и в 2,1-3,2% в старшем возрасте (особенно часто в период от 55 до 64 лет) [4]. Подавляющее большинство таких пациентов имеет ограничение трудоспособности. Хирургическое вмешательство значительно улучшает качество жизни, но далеко не всегда является возможными и полностью не решает все поставленные задачи [5], т.к. ХВН неуклонно прогрессирует. В связи с этим особое значение приобретает медикаментозная терапия.

Поскольку в патогенезе ХВН, наряду с воспалением, особое значение в настоящее время придается нарушениям микро- и лимфоциркуляции нижних конечностей [1, 3, 6], стандартом медикаментозной терапии в лечении больных с ХВН является назначение флеботропных препаратов, содержащих диосмин, которые влияют на микроциркуляторное русло и лимфодренаж [7, 8]. Препарат Детралекс (Сервье, Франция) представляет собой микронизированный комплекс флавоноидных фракций-синергистов, содержащих на 90% диосмин. Биофлавоноиды получены из особого вида цитрусовых, культивируемых в Мексике, Испании и Китае. Хорошая переносимость и малая частота побочных реакций при использовании Детралекса позволили оценить высокую терапевтическую эффективность при хронических нарушениях венозного оттока из нижних конечностей, обусловленных варикозной болезнью (ВРБ) и ПТБ.

Материал и методы

Была изучена группа из 60 пациентов с ХВН в стадии декомпенсации различной этиологии: ПТБ – 48 (80%) и ВРБ – 12 (20%). Из них женщин было 40 (66,7%), мужчин – 20 (33,3%). Возраст больных колебался в пределах от 25 до 64 лет (средний возраст 45±6,5 года). Длительность заболевания составила в среднем 11±3,2 года.

Во всех случаях отмечались трофические расстройства в виде гиперпигментации и индуративного целлюлита. У 12 (20%) пациентов имелись открытые трофические язвы.

После анализа жалоб и клинического обследования больным назначали препарат Детралекс в дозе 2 таблетки 1 раз в сутки в течение 60 дней. Всем пациентам также проводилась компрессионная терапия. В ходе физического обследования оценивали следующие клинические признаки: тяжесть и ощущение дискомфорта в нижних конечностях, ночные судороги и парестезии, наличие отеков. В зависимости от выраженности и влияния на качество жизни пациентов каждый симптом оценивался по балльной функциональной шкале:

- 0 – отсутствие жалоб;
- 1 – умеренная степень выраженности;
- 2 – значительная степень выраженности (не влияющая на обычную активность и сон);
- 3 – выраженная степень (влияющая на обычную активность и сон).

Также определяли наличие трофических расстройств, учитывали площадь и локализацию трофических язв. Для объективной динамической оценки отечного синдрома проводили измерение маллеолярного объема – окружности голени на уровне лодыжек.

Результаты и обсуждение

В ходе испытаний у всех больных была установлена хорошая переносимость препарата. Аллергических реакций выявлено не было. При оценке результатов лечения было установлено статистически достоверное (P<0,01) снижение выраженности симптомов ХВН у всех пациентов. Снижение маллеолярного объема начиналось на

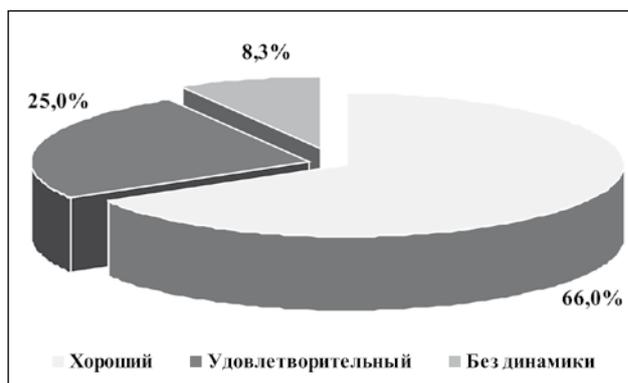


Рисунок 1 – Интегральные результаты применения препарата Детралекс

7-10 день приема препарата и продолжалось в течение всего курса лечения.

Кроме этого, было отмечено положительное влияние препарата на динамику заживления трофических язв. В 8 (66,7%) случаях язвы закрылись полностью, у 3 (25,0%) пациентов отмечалось сокращение язвенной поверхности более чем в 2 раза. Отсутствие положительной динамики зарегистрировано у 1 (8,3%) больного. Достоверных признаков регрессии гиперпигментации и индурации кожи получено не было.

По завершении курса флеботропной терапии устойчивый клинический эффект сохранялся в течение 2 месяцев. Выявленная при динамическом наблюдении пациентов стойкая тенденция к регрессу симптомов ХВН позволяет предположить, что продление курса лечения обеспечит достижение лучшего конечного результата.

Интегральные результаты применения препарата Детралекс, полученные с учетом объективных данных и отражающие мнение самих пациентов, представлены на рисунке 1.

Таким образом, применение препарата Детралекс позволяет добиться хорошего эффекта и в лечении больных с тяжелыми формами ХВН.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ruckley C.V. Socioeconomic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers // *Angiology*. – 1997. – Vol. 48. – P. 67-69
- 2 Варикозная болезнь вен нижних конечностей: Стандарты диагностики и лечения (совещание экспертов). – М., 2000. – С.16
- 3 The Alexander House Group. Consensus paper on venous ulcers // *Phlebology*. – 1992. – Vol.7. – P. 48-58
- 4 Wolf V. Der Einfluss von Proteinase auf Venenrandungen. *Enzimtherapie*. Ed by Wolf M., Ransberger K., Wien. 1971
- 5 Кошкин В.М., Кириенко А.И., Леонтьев С.Г., Агафонов В.Ф. Системная энзимотерапия посттромбофлебитической болезни нижних конечностей // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2000. – Т.6. – № 2. – С. 61-64
- 6 Belcaro G., Cerarone M.R., De Sactis M.T. et al. Laser Doppler and transcutaneous oxymetry: modern investigations to assess drug efficacy in chronic venous insufficiency// *Int. J. Microcirculation*. – 1995. – 15 (suppl. 1). – P. 45-49
- 7 Клиническая ангиология: Руководство /Ред. А.В. Покровского. – 2004. – Т.2. – С. 836
- 8 Состояние микроциркуляции и влияние детралекса у больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2003. – Т.9, № 3. – С. 60-65

ТҰЖЫРЫМ

Р.С. КАЛЫШЕВ

Кардиология мен ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты, Алматы қ.

ДЕТРАЛЕКС СОЗЫЛМАЛЫ ВЕНАЖЕТІСПЕУШІЛІГІНДЕ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Аяқтың декомпенсациясы сатысындағы түрлі себепті созылмалы веналық жетіспеушілігі сырқат 60 науқастан тұратын топ зерттелді. Он екі науқаста (20%) ашық трофикалық жаралар болды. Барлық науқастар Детралекс 600 препаратын тәулігіне 2 таблеткадан 45 күн бойы қабылдады. 8 (66,7%) науқаста жара толық жазылды ал 3 (25%) науқаста жараның 50 эпителизацияланды.

УДК 616.135,4

С.Е. ЕРЕНГАЛИЕВ, М.С. ТАСТЕМБЕКОВ, Д.Б. ГЕБЕЛЬ

Медицинские центры компьютерных диагностик, г. Алматы

ФЛЕБОТРОМБОЗ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Работа посвящена наиболее часто встречающейся форме заболевания флеботромбоза, когда тромбы локализуются в глубоких венозных сосудах области голени и стопы. Приводится описание клиники, способы диагностики и современные протоколы лечения. Обоснована необходимость целенаправленного диагностического скрининга с объективизацией состояния сосудов в зависимости от стадии и локализации флеботромбоза, с тем чтобы как можно раньше начать патогенетическое лечение. Рациональный выбор лечебных средств в зависимости от локализации тромботического процесса может являться залогом эффективности не только непосредственных, но и отдаленных результатов.

Ключевые слова: флеботромбоз нижних конечностей, критерии диагностики и лечения.

Актуальность проблемы флеботромбоза нижних конечностей обусловлена прежде всего частотой его встречаемости (93%) по сравнению с поражением верхней части венозной системы нижней полой вены (7%). Не решены проблемы с некоторыми вопросами ранней диагностики и лечения данного заболевания, которое продолжает сопровождаться высокой смертностью от легочной эмболии (27%). Ахиллесовой пятой флеботромбоза является тот факт, что у наиболее значительной части больных (55%) в результате лечения возникает только частичная реканализация венозной системы, которая и приводит в конце концов к хронической венозной недостаточности – ПТФС (93%).

Для практической работы мы использовали классификацию Ehringer (1979), по которой все флеботромбозы нижних конечностей подразделяют на проксимальную форму (бедро–таз) и дистальную форму (голень–стопа).

Наиболее часто встречается дистальная форма заболевания, когда тромбы локализуются в глубоких венозных сосудах области голени и стопы.

Клиника. Чаще всего больной жалуется на чувство распирания и тяжести в ногах, которое усиливается особенно при стоянии и ходьбе и, наоборот, уменьшается в покое, и, особенно, при придании ноге возвышенного положения. Наиболее характерным признаком является сочетание отека и спонтанной боли в дистальной части нижней конечности, особенно в икроножных мышцах, которая усиливается при кашле (признак Louvel). Отек при флеботромбозе захватывает все ткани конечности. Проксимальная граница отека варьирует с дистальной части голени до дистальной части бедра. Тургор ткани повышен, а кожа у некоторых даже лоснится. Вместе с тем наблюдается усиление венозного рисунка конечности. Утверждают, что первыми расширяются вены, расположенные вдоль латеральной кромки большеберцовой

SUMMARY

Р.С. КАЛЫШЕВ

Scientific-Research Institute of Cardiology and Internal Diseases Ministry of Health, Kazakhstan Republic, Almaty c.

THE USING OF DETRALEX IN TREATMENT OF DECOMPENSATE CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY

The group 60 of patients with chronic venous insufficiency of different etiology in decompensate stage were analyzed. The patients had venous ulcers in 12 (20%) cases. All patients have been used Detralex in dose 2 pills once daily during 45 days. Full ulcers epithelization was marked in 8 (66,7%) cases and pithelization more than 50% was marked in 8 (66,7%) cases.

кости, так называемые «сторожевые вены» (Pratt). Надо иметь в виду, что особенно при принятии вертикального положения венозный рисунок нижних конечностей усиливается. Так что кожные покровы становятся синюшными. У значительной части больных температура кожи над зоной отека повышена, как считают, за счет усиления кровотока по поверхностным венам.

Клиническая диагностика основывается на определении болевых точек по ходу тромбированных сосудов нижних конечностей. Их локализация варьирует: на середине подошвы в глубине свода стопы (Payr); по бокам места прикрепления ахиллового сухожилия (Bisgaard); по середине области икры (Tschmak) и подколенной ямки (Ehringer), а также спереди в верхней трети голени по проекции большой подкожной вены (Mayer). Утверждают, что чаще наблюдается усиление болей при переднезаднем сдавлении икр, по сравнению с боковым давлением – признак Moses. Другие считают, что это особенно наглядно происходит при баллотировании мышечным массивом икр (Ducuing). Наиболее часто отмечают появление болей в икроножных мышцах при резком тыльном сгибании стопы – симптом Homans. Для объективизации данного симптома используют пробу Lowenberg. Симптом считается положительным, когда появляется боль в икроножных мышцах при достижения давления в 60-100 мм рт. ст. в манжетке манометра, наложенного на голень в области икры.

Бесспорно, что наиболее доступным средством для диагностики в амбулаторных условиях является доплерография, которая позволяет четко определить наличие тромба в просвете вены.

Проксимальная форма заболевания характеризуется локализацией тромбов в просвете глубокой бедренной вены и в подвздошных сосудах.

Клиника зависит от стадии заболевания. В стадии компенсации пациенты чаще всего жалуются как бы на