



nota bene



esparma

**В настоящее время хронической венозной недостаточностью (ХВН) страдает около 25-60% населения развитых стран. Несмотря на кажущуюся безобидность, данное состояние может вызывать значимое снижение качества жизни больных, особенно выраженное при развитии осложнений. К счастью, диагностика ХВН не вызывает значительных трудностей, а доступные сегодня методы лечения оказываются достаточно эффективными при условии их своевременного применения.**

ХВН нижних конечностей – синдром, проявляющийся нарушением оттока крови из венозного отдела сосудистого русла и обуславливающий возникновение дисфункции регионарной системы микроциркуляции. В большинстве случаев ХВН формируется на фоне варикозной болезни и посттромбофлебитического синдрома, реже это зависит от врожденных аномалий строения венозной системы. Определенное значение в возникновении ХВН играют следующие факторы: ортостатическая флебопатия (синдром длительных путешествий, синдром «ножек кресла»), системные заболевания соединительной ткани, ожирение, дисгормональные состояния, хронические запоры, опухоли, локализованные в области малого таза. Длительно существующая венозная гипертензия вызывает ряд патологических изменений на молекулярном (усиление продукции провоспалительных медиаторов и др.), клеточном (активацию эндотелиальных клеток венул, полиморфноядерных нейтрофилов, тромбоцитов) и тканевом уровнях, которые проявляются болью, отеками и судорогами в нижних конечностях. Исследования последних лет указывают на то, что важнейшим предиктором в патогенезе ХВН является сокращение эндотелиоцитов венул, вызывающее расширение межклеточных щелей и усиление сосудистой проницаемости, особенно под действием медиаторов воспаления (G.J. Grega, S.W. Adamski, 1988; S. Nees et al.; 2001). Несовершенство межклеточных контактов приводит к выходу компонентов крови через стенку венул в интерстициальную ткань с развитием отека и воспаления, поддерживающих указанные нарушения и вызывающих снижение в ней кровотока.

По данным R. Nash (2000), ХВН у женщин встречается практически вдвое чаще, чем у мужчин. Большая частота хронических заболеваний вен в женской популяции связана с влиянием половых гормонов (эстрогенов и прогестерона) на тонус венозной стенки, а также с изменениями в организме во время беременности. В данном периоде отмечаются 2-3-кратное повышение давления в венах нижних конечностей из-за сдавления увеличивающейся маткой нижней полой и подвздошной вен, интенсификация дегенеративно-дистрофических

## Современные флебопротекторы в лечении пациентов с хронической венозной недостаточностью

изменений коллагеновых и эластических волокон венозной стенки под действием возросшего содержания прогестерона в крови, увеличение нагрузки на венозную систему нижних конечностей из-за увеличения объема циркулирующей крови на 20-30%. Сочетанное неблагоприятное действие указанных факторов позволяет отнести беременных к группе максимального риска в отношении возникновения ХВН.

Клинические проявления ХВН многообразны. Чаще всего на начальных стадиях заболевания больные предъявляют жалобы на чувство тяжести и повышенной усталости в ногах, тупую неиррадирующую распирающую боль и ночные судороги в икроножных мышцах, чувство жара, дискомфорт, появление проходящего отека в нижней трети голени, которые регрессируют при ходьбе и после ночного отдыха. Визуально определяются расширение, а в последующем и варикозная (узловая) трансформация подкожных вен.

По мере прогрессирования ХВН развиваются гиперпигментация кожи и индуративный целлюлит, свидетельствующие о существенных трофических нарушениях в коже и подкожной клетчатке. Первоначально они возникают в зоне медиальной лодыжки, однако впоследствии могут принимать циркулярный характер. В дальнейшем даже при незначительной травматизации в центре пигментированной области появляется участок белой атрофии, служащий субстратом для формирования трофической язвы. Помимо указанных осложнений, при ХВН также развивается вторичная лимфатическая недостаточность, которая сопровождается переходящим, а позже и постоянным отеком стопы, лодыжек и нижней трети голени с гиперплазией лимфатической ткани. В этих случаях тяжесть основного заболевания достаточно часто усугубляется дерматитом, экземой или рожистым воспалением. Серьезную угрозу для пациентов с ХВН представляют тромбоз вен и тромбоз глубоких вен в связи с потенциальной возможностью формирования такого состояния, как тромбоз легочной артерии, а также выраженное кровотечение из варикозно расширенных вен нижних конечностей.

Диагностика ХВН базируется на физикальном и инструментальном обследовании больного. В подавляющем большинстве случаев заподозрить диагноз ХВН удается в результате тщательного анализа жалоб пациента и анамнеза заболевания, визуального осмотра, сравнения объемов пораженной и контралатеральной конечностей на разных уровнях, определения локализации и степени выраженности варикозно измененных подкожных вен, трофических нарушений кожи. Несмотря на то что инструментальное исследование в настоящее время является основным методом верификации ХВН, в некоторых случаях оправданным оказывается проведение функциональных проб, направленных на определение клапанной недостаточности поверхностных (Броди-Троянова-Тренделенбурга, Алексеева-Багдасаряна) и перфорантных вен (Прата 2, трехжгутовая проба), проходимости глубоких вен (Дельбе-Пертеса, Мейо-Прата).

Ведущее значение в диагностике ХВН на современном этапе отводится методам ультразвукового исследования – ультразвуковой доплерографии и ультразвуковому

ангиосканированию с доплерографией и цветным кодированием кровотока, позволяющим детализировать состояние клапанного аппарата вен и оценить их проходимость. При необходимости изучения тонуса венозной стенки могут применяться фотоплетизмография, световая или окклюзионная плетизмография особенностей тканевого метаболизма, чрескожный мониторинг концентрации кислорода и углекислого газа, лазерная доплерография состояния перфорантных и глубоких вен, рентгенконтрастная и радионуклидная флебография.

Стратегия лечения больных ХВН предусматривает устранение неблагоприятного влияния факторов риска путем модификации образа жизни, снижения массы тела, соблюдения пациентами режима физической активности, а также использования методов консервативного, компрессионного и хирургического лечения. Среди лекарственных препаратов, назначаемых на разных стадиях ХВН, широкое распространение получили венотоники (флебопротекторы). Кроме того, при необходимости могут применяться антикоагулянты, дезагреганты, антибактериальные и противогрибковые средства, антигистаминные, мочегонные и нестероидные противовоспалительные препараты.

Одни из наиболее популярных венотоников – фармпрепараты, действующим веществом которых является эсцин (смесь тритерпеновых сапонинов), содержащийся в экстракте семян конского каштана (ЭСКК). Эсцин обладает ангиопротекторными и противовоспалительными свойствами, улучшает микроциркуляцию и уменьшает проницаемость капилляров, снижает концентрацию лизосомальных ферментов, препятствует распаду гликокаликса в стенках капилляров и повышает тонус венозной стенки, что приводит к уменьшению выраженности застоя в венозном русле и предотвращает появление отеков. Наиболее выраженный терапевтический эффект препаратов на основе эсцина регистрируется при их назначении на ранних стадиях ХВН.

Результаты анализа 3 систематических обзоров (Siebert et al., 2002; Pittler et al., 1998; Pittler et al., 2004) указывают на то, что венотоники на основе ЭСКК значительно более эффективно уменьшают выраженность симптомов ХВН по сравнению с плацебо. Изучение влияния ЭСКК на болевой синдром в области нижних конечностей в 6 плацебо контролируемых исследованиях (n=552) выявило значительное снижение интенсивности алгии под действием венотоников по сравнению с таковым при приеме плацебо, в том числе в трех из них (n=312 пациентов) – до 4 раз. Кроме того, в 4 исследованиях (n=461) было зарегистрировано значительное уменьшение частоты появления отеков среди принимавших ЭСКК, еще в 4 испытаниях (n=404) – зуда. Схожие результаты были получены в отношении уменьшения объема ног пациентов (3 исследования, n=200, регресс показателя объема ног в среднем на 46 мл). Несмотря на то что в обзорах Pittler и соавт. (2004; 3 исследования, n=80) и Siebert и соавт. (2002; 3 исследования, n=208) анализировались различные конечные точки, полученные результаты подтверждают влияние ЭСКК на уменьшение окружности

лодыжки и голени у пациентов с ХВН (на 4,7 мм и 4,5 см соответственно). В отношении снижения выраженности судорог в икроножных мышцах (n=241), утомляемости и тяжести в ногах (n=332) достоверных различий между ЭСКК и плацебо выявлено не было.

Эффективность ЭСКК в лечении пациентов с ХВН также подтверждается результатами обсервационных исследований (n=10 725). Наблюдения Masuhr и соавт. (1994) и Greeske и соавт. (1994) указывают на уменьшение отечности, боли и выраженности чувства тяжести в ногах у 84, 91 и 85% пациентов с ХВН, получавших лечение ЭСКК, соответственно. Обсервационное исследование, проведенное Leskow и соавт. (1996), свидетельствует в пользу достоверности полученных ранее данных. В то же время ряд клинических испытаний, в которых проводился сравнительный анализ эффективности препаратов на основе ЭСКК с таковой другого представителя класса флебопротекторов – O-(β-гидроксипропили)-рутозида (D. Rehn, M. Unkauf et al., 1996), а также компрессионных методов базисной терапии ХВН (Diehm C. et al., 1996), убедительно доказывают их сопоставимую терапевтическую ценность.

Целесообразность назначения препаратов, содержащих ЭСКК, в группе пациентов с венозными трофическими язвами была изучена M.J. Leach и соавт. в 2006 г. Несмотря на то что значимых отличий в отношении снижения количества язв, улучшения состояния раневой поверхности, уменьшения ее размеров, ощущения боли и экссудативных проявлений у пациентов групп плацебо и препаратов, содержащих ЭСКК, обнаружено не было, на фоне применения последних отмечалось ускоренное образование грануляций в ране, снижались количество визитов к врачу и потребность в перевязках.

Данные, свидетельствующие об объективном уменьшении объема голени в сочетании с субъективным снижением выраженности боли, чувства тяжести и зуда в ногах, полученные в результате анализа назначений препаратов, содержащих ЭСКК, больным ХВН (4 исследования) и пациентам с варикозным расширением вен (1 исследование), демонстрируют эффективность, высокий профиль безопасности и переносимости указанных средств, что позволяет рассматривать последние как препараты выбора в лечении пациентов с ХВН легкой и умеренной степени тяжести (A. Suter, S. Bommer, J. Rechner, 2006).

**Таким образом, успех профилактических мероприятий и лечения возможных осложнений ХВН зависит от своевременности диагностики данного состояния и рационального использования комплекса консервативных, компрессионных и хирургических методов воздействия. Благодаря хорошей переносимости, безопасности и различному терапевтическому (ангиопротекторному, противовоспалительному, венотонизирующему) эффектам лекарственные препараты на основе ЭСКК зарекомендовали себя как действенное средство лечения ХВН и ее осложнений.**

Подготовил **Антон Пройдак**

3

## Эскузан — оптимальное решение проблемы хронической венозной недостаточности

**Хроническая венозная недостаточность (ХВН) — распространенное прогрессирующее заболевание, обусловленное нарушением венозного оттока в нижних конечностях, которое встречается у 10-15% населения.**

К основным факторам риска ХВН относят наследственную предрасположенность, беременность, роды, наличие избыточной массы тела, применение гормональных контрацептивов. Установлено, что женщины в 2 раза чаще страдают этой патологией; кроме того, в группу высокого риска возникновения ХВН входят лица, которые по роду профессиональной деятельности вынуждены длительно находиться в положении стоя или сидя, что приводит к венозному застою. В исследованиях определено, что редкая смена положения тела и неравномерная нагрузка на различные отделы вен нижних конечностей связаны с переменным по силе и направлению давлением, что приводит к нарушению соединительнотканного каркаса стенки венул, синтеза молекул адгезии и, как следствие, к ХВН.

Венотоники (флебопротекторы) — общепризнанные средства для лечения ХВН. Механизм их действия связан со стабилизацией структурных компонентов венозной стенки и повышением ее тонуса. Применение указанных препаратов целесообразно как на ранних стадиях заболевания, когда не сформировались необратимые изменения венул и окружающих их тканей, так и в более поздние сроки, что позволяет эффективно устранять проявления ХВН (например, отек нижних конечностей).

Конский каштан, который содержит активное вещество эсцин, на протяжении многих веков применяется человеком при заболеваниях вен. Эсцин — представитель группы тритерпеновых гликозидов — обладает выраженным венотонизирующим и капилляропротекторным действием, обусловленным стимуляцией синтеза гормонов коры надпочечников и увеличением концентрации простагландина F<sub>2</sub> в сосудистой стенке. Он также оказывает нормализующий эффект на сократительную функцию гладкомышечных волокон сосудов, снижая ломкость последних. Уменьшается также венозный застой, улучшается проведение нервных импульсов в сосудистой стенке и тканевой метаболизм.

В клинической практике на протяжении многих лет успешно применяется флебопротектор Эскузан, представленный на украинском рынке компанией «Эспарма». Эскузан капли для перорального использования (галеновый препарат) относится к лекарственным средствам, не нуждающимся в рекламе. О его востребованности свидетельствует высокий уровень доверия со стороны специалистов-флебологов (действенность венотоника подтверждена множеством длительных клинических исследований с участием миллионов пациентов). Эскузан популярен и среди больных, многие из которых имели возможность убедиться в эффективности средства на собственном опыте.

**Эскузан представляет собой комплекс биологически активных веществ (ферментов, неорганических соединений, витаминов и др.), что принципиально отличает его от схожих препаратов, определяет выраженный терапевтический эффект (благодаря синергическому действию 20 компонентов эффективность препарата в 5 раз превышает таковую чистого эсцина) и характеризуется преимуществами по сравнению с синтетическими химическими лекарствами в отношении назначения более широкому контингенту пациентов.**

Галеновые препараты — средства природного происхождения; их использование ассоциируется с минимальным риском побочных эффектов и делает возможным использование при широком спектре заболеваний у различных

категорий пациентов (включая лиц с сопутствующей патологией), назначение длительными курсами.

Противовоспалительное и противоотечное действие Эскузана доказано в ряде исследований и связано со свойством эсцина снижать проницаемость плазмолимфатического барьера и тем самым замедлять ток лимфы. Показано, что применение Эскузана значительно уменьшает выведение электролитов, низкомолекулярных соединений и воды в межклеточное пространство. Усиление синтеза и повышение высвобождения простагландинов также оказывают антиэкссудативный эффект. Противовоспалительное действие Эскузана проявляется в снижении проницаемости сосудистой стенки, уменьшении миграции лейкоцитов и выраженности проявления воспаления (преимущественно за счет стероловых соединений).

Комбинация эсцина и витамина В<sub>1</sub> обеспечивает выраженное антиоксидантное действие, которое дополняется эффектом кверцетина, способствующего предотвращению перекисного окисления липидов, инактивации активных форм кислорода и гидроксильных групп, торможению липоксигеназы, синтезу лейкотриена В<sub>4</sub>, миграции гранулоцитов к поврежденным сосудистым стенкам. В итоге уменьшается токсическое действие на клетки активных радикалов, улучшается функциональное состояние эндотелия сосудов, мышц сосудистой стенки. По данным многочисленных рандомизированных исследований, Эскузан значительно снижает интенсивность клинических проявлений ХВН, таких как чувство усталости, тяжести, напряжения, зуда, боли и отеков нижних конечностей.

Основным показанием для применения Эскузана является ХВН различного генеза или ее осложнения: тромбофлебит, геморрагии, пигментация и белая атрофия кожи, варикозная экзема, трофические язвы. Максимальный эффект от приема Эскузана достигается при его использовании на начальных стадиях ХВН. Препарат также широко применяют при заболеваниях, ассоциированных с функциональными нарушениями кровоснабжения, — флебитах, варикозном расширении вен, геморроидальных узлах, различных послеоперационных и посттравматических состояниях. Целесообразным представляется именно пероральное применение препарата, что позволяет воздействовать не только на видимые подкожные вены, но и на глубокие, тогда как наружные средства обеспечивают в большей степени косметический эффект.

Препарат не назначается при повышенной чувствительности к его компонентам, в I триместре беременности. Среди побочных эффектов Эскузана — раздражение слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и аллергические реакции (гиперемия кожных покровов, зуд и сыпь).

Необходимо помнить, что одновременное назначение Эскузана с антикоагулянтами может усиливать действие последних. При передозировке препарата возможно развитие диспептических явлений, что требует проведения симптоматического лечения.

**Таким образом, Эскузан — эффективное природное лекарственное средство с патогенетически направленным механизмом действия и хорошим профилем безопасности, что позволяет широко рекомендовать его для лечения пациентов с ХВН.**

Подготовила  
Наталья Пятница-Горпинченко



ПІЛ МОЗ України № ДМ0217/01/01

## краплі Eскузан

*Нова сторінка  
в житті ваших ніг*

- Хронічна венозна недостатність
- набряки й судоми в литкових м'язах
- Варикозне розширення вен
- Біль і відчуття важкості в ногах