

Терапия и профилактика осложнений варикозной болезни

20-21 октября в г. Ирпень прошла научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы диагностики и лечения патологии аорты, сердца и сосудов». В рамках секции, посвященной проблемам выявления и лечения хронических заболеваний вен (ХЗВ), были затронуты актуальные вопросы, связанные с лечением трофических язв и варикотромбофлебита.

К сожалению, во всем мире значимость заболеваний вен недооценивается социумом и медицинской общественностью, а качество диагностики и лечения ХЗВ до сих пор остается недостаточным. Распространенный миф о том, что венозная патология не опасна для жизни больных и на ранних стадиях не нуждается в терапии, способствует неоправданно высокой распространенности тяжелых осложнений, сопровождающихся риском для жизни и значительно снижающих ее качество.

Заведующий кафедрой госпитальной хирургии Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого, доктор медицинских наук, профессор Игорь Иванович Кобза посвятил свое выступление проблеме терапии трофических язв при хронической венозной недостаточности. По его словам, развитие трофических язв более чем в 80% случаев связано с наличием у пациента ХЗВ. Так, при обследовании 827 больных с трофическими язвами хроническая венозная недостаточность выявлена у 72%, патология артерий — у 12%, смешанная артериовенозная патология — у 10%, и еще в 10% случаев заболевание имело другие причины (O. Nelson et al., 1994).

Обсуждая результаты VEIN CONSULT program, докладчик отметил, что мужчины реже, чем женщины, обращаются за медицинской помощью по поводу ХЗВ и, как правило, на более поздних стадиях венозной недостаточности (в некоторых случаях причиной обращения служит развитие трофических язв). В целом в исследовании трофические язвы выявлены у 0,5% больных. Отмечены также значимые различия в терапии, назначенной врачами общей практики и специалистами, свидетельствующие о недостаточной осведомленности врачей первичного звена в отношении современных методов лечения ХЗВ.

В рамках украинского исследования ДЕТЕКТ также изучалась распространенность венозных трофических язв. Среди всех обследованных они были выявлены у 5,9% пациентов со стадией С5 и у 6,76% больных со стадией С6 (рис. 1). При этом особое

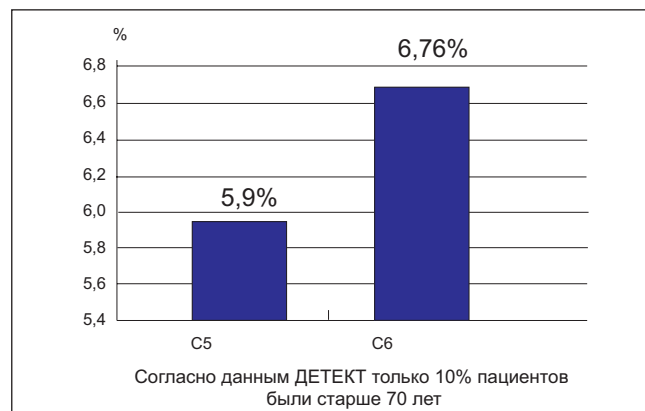


Рис. 1. Распространенность венозных язв (Украина)

беспокойство вызывает тот факт, что лишь 10% пациентов с выявленными трофическими язвами были старше 70 лет, а это значит, что молодое трудоспособное население оказывается на грани инвалидности, имея венозную язву.

Докладчик представил современные рекомендации в отношении лечения данной патологии. Так, консервативная терапия больших по площади венозных язв должна включать микронизированную очищенную флавоноидную фракцию (Детралекс)/пентоксифиллин в комбинации с компрессионной терапией. Профессор подчеркнул, что Детралекс — единственный сегодня флеботропный препарат с доказанной эффективностью в отношении заживления больших по площади венозных язв и признан препаратом первого выбора в международных рекомендациях по лечению ХЗВ и их осложнений (рис. 2).

Детралекс препарат первого выбора в последних международных рекомендациях по лечению ХЗВ, в том числе язв		
Показания	Уровень рекомендаций	Пероральные препараты
Уменьшение симптомов (боль, судороги, чувство распирания, зуд)	A ¹	Детралекс
Отек		
Заживление венозных язв (в составе комплексной терапии)	1B ² (первичная этиология) 2B ^{3,4} (вторичная этиология)	Детралекс пентоксифиллин

Рис. 2. Последние международные рекомендации по лечению ХЗВ

Детралекс уменьшает такие симптомы ХЗВ, как боль, отечность, судороги, чувство распирания, зуд. В ряде исследований подтверждена эффективность Детралекса в комплексном лечении венозных трофических язв первичной и вторичной этиологии (C. Kearon et al., 2008; P. Gloviczki et al., 2011). Как показал метаанализ (P.D. Golerige Smith, C. Lok, A.A. Ramelet, 2005), использование Детралекса повышает вероятность полного заживления венозных язв на 54% по сравнению с группой стандартной терапии уже через 2 месяца лечения. Результаты другого метаанализа 5 рандомизированных исследований (C. Lok, 2006) продемонстрировали, что применение Детралекса достоверно снижает выраженность боли в нижних конечностях у пациентов с венозными язвами (рис. 3)

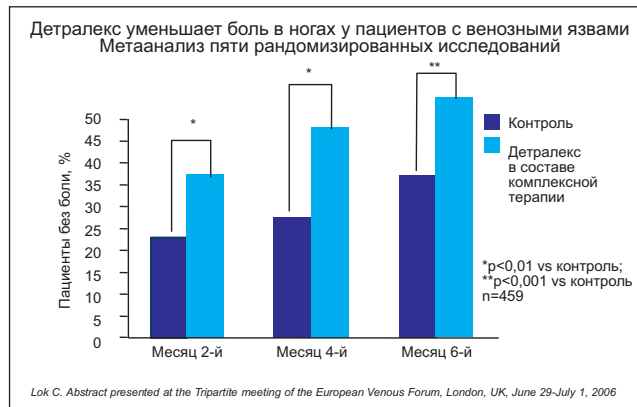


Рис. 3. Детралекс уменьшает боль в ногах у пациентов с венозными язвами

Далее было отмечено, что согласно современному руководству Американского Венозного Форума (Depalma RG. A treatment algorithm for venous ulcer: current guidelines in Gloviczki P. Handbook of Venous Disorders 3d ed. 2009. p.545-550), представленного на конгрессе IUA, 2010, при недостаточности подкожных вен, приводящих к язве, рекомендуется хирургическое лечение. Подводя итоги выступления, профессор И.И. Кобза подчеркнул, что подход к лечению пациента с трофической язвой должен быть индивидуальным и комплексным. Основой лечения должна являться компрессионная терапия и применение современного флеботропного препарата Детралекс. При необходимости проводится хирургическое лечение либо термальная абляция.

Доклад «Современные аспекты лечения острого варикотромбофлебита» представил заведующий кафедрой хирургии № 4 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор Владимир Григорьевич Мишалов. Как отметил выступающий, термин «тромбофлебит» (ТФ) был предложен в 1939 г. для обозначения тромботического процесса в венах, отличающегося от флеботромбоза наличием воспалительных изменений в венозной стенке и окружающих ее тканях (A. Ochsner, M. DeBakey, 1939). С позиций современной флебологии нет существенных различий в патогенезе данных заболеваний, однако упомянутые дефиниции сохранились. В последние годы все шире используется термин



«варикотромбофлебит» (ВТФ) для обозначения тромбообразования и асептического воспаления в просвете варикозно измененной вены нижней конечности. ВТФ является частным случаем тромбофлебита, однако такая дифференциация встречается в ряде современных работ. Распространенность ТФ изучалась в немногочисленных исследованиях, наиболее значимое из которых проведено в США (Текумское популяционное исследование) в период с 1957 по 1967 год и охватившее около 25 тыс. респондентов. Согласно его результатам острый ВТФ ежегодно развивается примерно у 123 тыс. американцев. Недостаточность изученности данного вопроса связана с тем, что ТФ воспринимается как доброкачественное саморегулирующееся заболевание, которое разрешается самостоятельно и быстро либо требует только симптоматического лечения. Однако восприятие этого заболевания меняется в связи с публикацией данных, указывающих на потенциал его тяжести (вероятность развития тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии).

В докладе было отмечено, что, по мнению одного из ведущих экспертов в данном вопросе, руководителя исследований POST и CALISTO профессора Негве Decousus, общий подход к этой частой патологии должен быть пересмотрен. В частности показано, что частота сочетания ТФ с тромбозом глубоких вен, по данным различных авторов, колеблется от 5,6 до 53%, а тромбоэмболии легочной артерии — от 0,93 до 33,3%. Факторы, способствующие росту тромба, остаются предметом для исследования.

В то же время достаточно изучены характеристики тромба, повышающие вероятность развития тромбоза глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии. Это обуславливает необходимость дифференцированного подхода к хирургической тактике в зависимости от вида тромба (рис. 4).

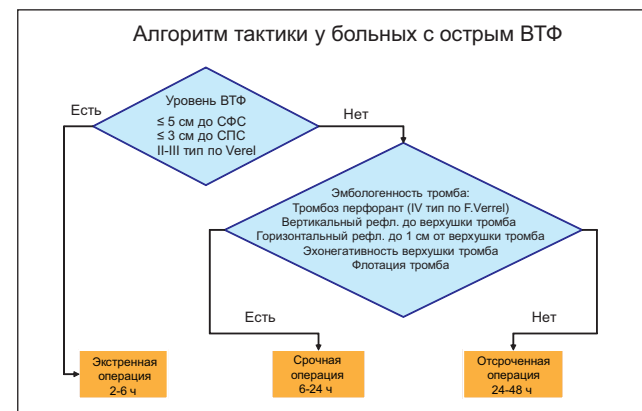


Рис. 4. Алгоритм хирургической тактики у больных с острым ВТФ

Профессор В.Г. Мишалов представил результаты собственного проспективного исследования, цель которого — сравнительный анализ эффективности различных лечебных и хирургических тактик у больных с острым ВТФ. Исследование выполнено на базе Александровской городской клинической больницы г. Киева с 2001 по 2010 г. Было обследовано 362 больных с острым ВТФ, что составило 15,2% от общего числа пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей, поступивших на лечение. В исследование включили пациентов обоего пола (женщин — 61,9%) в возрасте от 19 до 73 лет (средний возраст — 46,7 года), поступивших по поводу ВТФ на 1-29-е сутки от начала заболевания. Из них более 50% были госпитализированы в срок до 6 сут от начала заболевания. Заболевание развивалось преимущественно у больных ХЗВ С2 и С3 стадий (186 и 139 больных соответственно),

с доминированием 1 и 2 типов ВТФ по F. Verel (169 и 144 больных соответственно).

В рамках исследования все больные были разделены на 3 группы. 1-ю группу (n=169) составили пациенты, пролеченные в период 2001–2004 гг., из них 90 (53,3%) были прооперированы urgently (преимущественно паллиативные операции). У 79 больных 1-й группы (46,7%) применялась активная выжидательная тактика с последующим оперативным вмешательством в случае прогрессирования тромбоза (19% больных) или в плановом порядке с согласия пациента (29,7%). 2-ю группу составили пациенты, пролеченные в период с 2005 г. по настоящее время с применением активной хирургической тактики. В группу сравнения вошли 79 больных, которым выполнена плановая радикальная флебэктомия по поводу варикозной болезни вен нижних конечностей II–IV класса по СЕАР.

Все 3 группы больных не имели достоверных различий по полу, возрасту, классу хронической венозной недостаточности, сроку и типу ВТФ. Назначаемое консервативное лечение включало антикоагулянты, ношение эластического трикотажа, противовоспалительные средства, десенсибилизирующие средства, а также флеботропный препарат Детралекс с противовоспалительным механизмом действия. Детралекс действует на уровне макро- и микроциркуляции, предотвращая ремоделирование и разрушение венозных клапанов, улучшая микроциркуляцию, предотвращая возникновение рефлюкса и осложнений ХЗВ. (рис. 5).

При первичном поступлении в стационар прооперировано 298 больных; отношение частоты радикальных операций к паллиативным в 1-й группе составило 1,91, во 2-й – 4,36 ($p < 0,01$). В послеоперационном периоде назначали нестероидные противовоспалительные средства, антикоагулянты, компрессионную терапию, флеботропный препарат Детралекс, при трофических язвах также применялась антибактериальная терапия.

При выписке из стационара больным, перенесшим хирургическое вмешательство, рекомендовали ношение эластического трикотажа и длительное консервативное лечение Детралексом; пациентам, лечившимся консервативно, к данным показаниям добавляли непрямые антикоагулянты (под контролем МНО (международное нормализованное отношение – показатель, который отражает скорость формирования сгустка крови) или протромбинового индекса). Применение антикоагулянтов прекращали при снижении уровня D-димера менее 500 мг/мл.

Результаты лечения оценивали к моменту выписки из стационара и в течение 3 лет. Конечными точками были: рецидив ВТФ, тромбоэмболические осложнения, оперативные вмешательства на венах нижних конечностей после выписки из стационара, возникновение тромбоза глубоких вен. Ранние послеоперационные осложнения развились у 51 больного с ВТФ: у 16 (15,2%) в 1-й группе и у 35 (18,1%) – во 2-й. Осложнения по частоте и структуре достоверно не отличались от группы контроля ($p < 0,05$).

Среднее количество койко-дней при активной выжидательной тактике оказалось в 1,81 раза большим, чем при активной тактике ($p < 0,05$). У больных, лечившихся консервативно, осложнения развились в период с 3-х по 9-е сутки, в среднем через 5,7 сут от момента поступления в стационар. В отдаленном послеоперационном периоде из 362 пациентов рецидив ВТФ через 3 года возник в 5,2% случаев (у 14,6% больных, получавших консервативное лечение, и у 3,2% пациентов, которым было проведено хирургическое вмешательство).

В целом показано, что радикальное хирургическое вмешательство имело преимущества по сравнению с паллиативным:



Рис. 5. Уникальность Детралекса в его флеботропном противовоспалительном механизме действия

рецидив ВТФ выявлен у 1,9% больных, получивших радикальное лечение, и у 9,1% больных, перенесших паллиативную операцию.

В результате анализа представленных данных сделан вывод, что консервативная терапия недостаточно эффективна в лечении ВТФ – стратегия лечения этой патологии должна строиться на принципах активной хирургической тактики. В то же время нельзя недооценивать значение медикаментозного лечения, являющегося обязательным компонентом комплексной терапии ВТФ.

Все специалисты, выступившие в рамках секции, единодушны в одном: лечение заболеваний вен должно быть начато как можно раньше и включать применение современной флеботропной терапии. Сегодня в арсенале врача есть эффективные средства, позволяющие сделать все, чтобы заболевания вен не стали ахиллесовой пятой, несущей угрозу для здоровья и жизни.

Подготовила Катерина Котенко



ДЕТРАЛЕКС®

ЕДИНСТВЕННЫЙ МИКРОНИЗИРОВАННЫЙ

ПРЕПАРАТ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН¹

От первых симптомов до венозных язв²

№1
ФЛЕБОТРОПНЫЙ
ПРЕПАРАТ
В МИРЕ И В УКРАИНЕ



● БЫСТРОЕ УМЕНЬШЕНИЕ СИМПТОМОВ ХЗВ³

● ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ⁴,⁵

1. NICOLAIDES AN, ALLEGRA C, BERGAN J ET AL. MANAGEMENT OF CHRONIC VENOUS DISORDERS OF THE LOWER LIMBS: GUIDELINES ACCORDING TO SCIENTIFIC EVIDENCE. INT ANGIOL. 2008;27:1-59. 2. PASCARELLA L. ESSENTIALS OF DAFLON 500 MG: FROM EARLY VALVE PROTECTION TO LONG-TERM BENEFITS IN THE MANAGEMENT OF CHRONIC VENOUS DISEASE. CURR PHARMACEUTICAL DESIGN. 2007;13:431-444. 3. COSPITE M, DOMINICI A. ADVANTAGES OF THE MICRONISATION OF DAFLON 500 MG COMPARED WITH A SIMPLE DIOSMINE IN THE TREATMENT OF VENOUS INSUFFICIENCY: DOUBLE-BLIND STUDY. PHLEBOLOGY. 1998; 51 (2):243-247. 4. BERGAN JJ, SCHMID-SCHONBEIN GW, COLERIDGE SMITH PD, ET AL. MECHANISMS OF DISEASE: CHRONIC VENOUS DISEASE. N ENGL J MED. 2006;355:488-498. 5. LYSÉNG-WILLIAMSON KA, PERRY CM. MICRONIZED PURIFIED FLAVONOIDS FRACTION: A REVIEW OF ITS USE IN CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY, VENOUS ULCERS AND HAEMORRHOIDS. DRUGS. 2003;63:71-100.

*IMS. Top 20 countries, Rx MAT. August 2011; SMD Ukraine, units, MAT. Sep 2011 (tablets forms, excluding ascorutin)



Сервіс України: Київ, ул. Вороб'ячий, 24. Тел. (044) 490-34-41, факс (044) 490-34-40
Р/с МЗ України № UA4329/01/01 от 28.01.2011 № 39

Высший уровень рекомендованности А¹

1 прием
раз в день
с симптомов



Трентал®



ПЕРЕВІРЕНИЙ ЧАСОМ КОРЕКТОР РЕОЛОГІЇ КРОВІ*

- **Клінічне покращення у 9 з 10 пацієнтів з гострим цереброваскулярним порушенням**
- **86% — загальна клінічна ефективність у пацієнтів з порушенням мозкового кровообігу**

М. М. Танашян, М. А. Домашенко. Трентал® при ишемических цереброваскулярных заболеваниях. // Атмосфера. Нервные болезни. № 4, 2005.

Т. С. Мищенко. Трентал® в лечении больных с острым ишемическим инсультом. // Здоров'я України. № 7/1, квітень 2008. Стор. 30–31.

**В. М. Кошкін, П. І. Богданець, О. Д. Наставшева, О. А. Алексєєва. Місце препарату Трентал® (пентоксифіліну) в програмі лікування хронічних облітеруючих захворювань артерій нижніх кінцівок і різних судинних ускладнень. // РМЗ, № 5, том 17, 2009.*

Інструкція до медичного застосування препарату Трентал®.
Наказ МОЗ України № 751 від 17.12.08; реєстраційне посвідчення № UA/9232/01/01 (амп.).
Наказ МОЗ України № 844 від 07.10.10; реєстраційне посвідчення № UA/9232/02/01 (табл.).
UA.PEN.11.01.02

SANOFI 