

Применение тимогена крема

В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Одним из выдающихся открытий прошлого века стало определение роли пептидов в регуляции физиологических функций организма и поддержании гомеостаза. Было доказано, что пептиды с относительно небольшой длиной и молекулярной массой переносят от клетки к клетке определенную информацию, закодированную в виде аминокислотной последовательности.

Формирование концепции пептидной регуляции биологических функций организма с самого начала сопровождалось попытками применить полученную информацию для разработки новых высокоэффективных лекарств на основе регуляторных пептидов центральных органов иммунитета — тимуса и костного мозга. И такие препараты были созданы. Одним из них является пептидный тимомиметик — тимоген, который уже более 10 лет успешно применяется в самых разных отраслях медицины. В 2007 г. компанией «Цито-мед» зарегистрирована и выведена на рынок новая лекарственная форма препарата — тимоген крем — специально для применения в дерматологии.

Атопический дерматит — хроническое аллергическое заболевание кожи, сопровождающееся зудом, характерными высыпаниями, сухой кожей или экзематизацией. Атопический дерматит широко распространен в мире. По сведениям разных авторов, он встречается с частотой от 6,0 до 15,0 на 1000 населения во всех странах, у лиц обоего пола и разных возрастных групп. Заболеваемость атопическим дерматитом имеет отчетливую тенденцию к росту, что объясняется загрязнением окружающей среды, неблагоприятной экологией помещений (синтетические напольные и настенные покрытия, ДСП и ДМФ-мебель и др.), аллергизирующим действием некоторых продуктов питания, укорочением сроков грудного вскармливания и рядом других причин. Однако этиопатогенез атопического дерматита остается до сих пор недостаточно изученным. Большинство исследователей признается приоритетность наследственной предрасположенности в развитии тяжелого заболевания. Помимо этого, немалую роль в патогенезе играют нарушения деятельности иммунной, центральной и вегетативной нервной систем, нейроэндокринные и нейрососудистые расстройства. Все они, являясь совокупнымотягощающим фактором, обуславливают и усугубляют течение заболевания.

Для больных атопическим дерматитом характерны эозинофилия в периферической крови, повышение в крови иммуноглобулинов класса E(IgE), снижение количества Т-лимфоцитов за счет Т-супрессоров, особенно при распространенном процессе. Подобные изменения, свидетельствуя об аллергической природе атопического дерматита и прогнозируя развитие иммунодефицитных состояний у этих больных, определяют включение иммуномодулятора тимогена в схемы терапии данного заболевания.

Тимоген представляет собой дипептид глутамил-триптофан, идентичный природному соединению, выделенному хроматографическим методом из экстракта вилочковой железы. Тимоген активирует дифференцировку Т-лимфоцитов, восстанавли-

вает соотношения иммунорегуляторных клеток и функциональную активность системы неспецифической защиты. Препарат оказывает нормализующее влияние на реакции клеточного, гуморального иммунитета и неспецифической защиты организма, стимулирует процессы регенерации, восстанавливает биохимические, гематологические и коагулологические показатели крови при иммунодефицитных состояниях, активизирует синтез эндогенного интерферона.

Тимоген повышает активность 5'-эктонуклеотидазы и индуцирует экспрессию Thy-1 на тимоцитах, что свидетельствует о его активирующем влиянии на процессы дифференцировки лимфоцитов в тимусе, нормализует экспрессию и соотношение про- и противовоспалительных цитокинов при различных заболеваниях и патологических состояниях, сопровождающихся нарушением иммунореактивности организма.

В настоящее время тимоген выпускается в трех лекарственных формах: тимоген для инъекций, тимоген в форме назального спрея и тимоген крем 0,05%. Последний представляет особый интерес для лечения больных с патологией кожи и подкожной клетчатки.

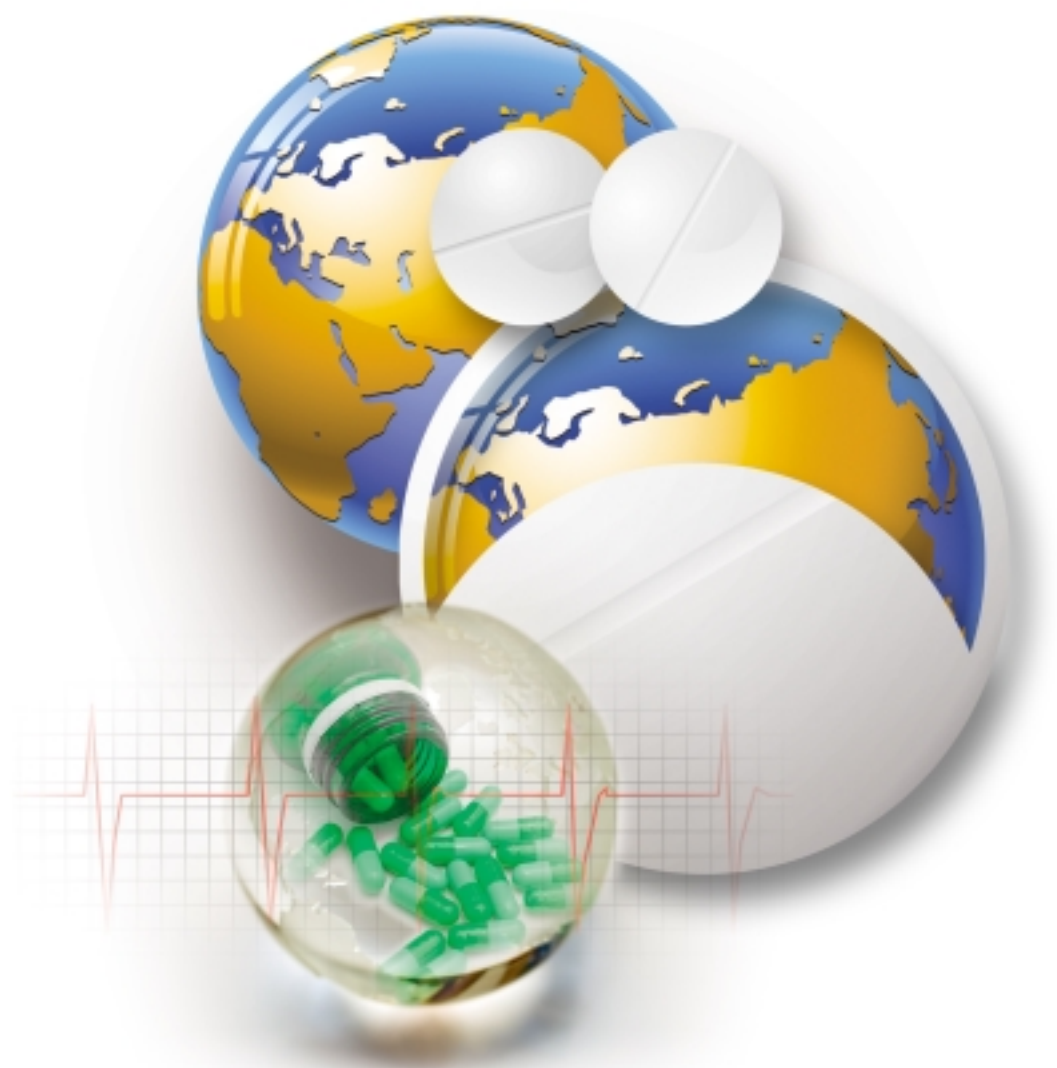
Проведенные исследования свидетельствуют, что применение тимогена у детей приводит к значительному улучшению иммунного статуса (Александрова, Кузнецова, 1995). Применение тимогена при нейродермитах у взрослых также сопровождается восстановлением сниженных показателей Т- и В-систем иммунитета при одновременной нормализации или существенном снижении содержания IgE и циркулирующих иммунных комплексов (Хусайнов, 1995).

На фоне проводимого лечения наблюдается отчетливый терапевтический эффект.

В очагах поражения уменьшаются воспалительные явления, ускоряются процессы регенерации поверхностных трещин и эрозий. Тимоген также оказывает профилактический эффект в отношении присоединения вторичной пиококковой инфекции, ликвидирует ее последствия. При применении препарата больные отмечают снижение интенсивности зуда, уменьшение сухости кожи. Объективно уменьшается количество расчесов (экскориаций) и повышается эластичность кожи.

Тимоген крем наносится тонким слоем на пораженный участок кожи 1—2 раза в сутки (утром и вечером). Рекомендуемая суточная доза составляет 2 г крема (1000 мкг тимогена). Полоса крема из тубы диаметром 5 мм и длиной 4 см имеет массу 1 г. Препарат выпускается в виде 0,05% крема для наружного применения по 20 или 30 г в алюминиевых тубах или банках из стекломассы. Тимоген крем отпускается в аптеках без рецепта.





Целью проекта является объединение усилий специалистов, представителей государственных органов, общественных и фармацевтических организаций в решении общих задач и проблем, существующих в сфере обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в странах СНГ, содействие формированию цивилизованного фармацевтического рынка.

Новые аспекты

ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИКОРА В НЕВРОЛОГИИ

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) остаются важнейшими медико-социальными проблемами. Заболеваемость инсультом составляет 2,5—3 случая на 1000 населения в год, к труду возвращается всего 20% лиц, перенесших инсульт. Решающее значение в снижении смертности и инвалидизации вследствие инсульта принадлежит первичной профилактике, однако адекватная терапия и профилактика повторных инсультов и ДЭ также играют немаловажную роль в решении этих проблем и улучшении качества жизни больных.

Открытые, рандомизированные в параллельных группах исследования переносимости, безопасности и эффективности инъекционной и капсулированной форм препарата Мексикор® у больных с ишемическим инсультом (ИИ) и у больных с ДЭ были проведены на базе неврологического отделения Городской больницы скорой медицинской помощи г. Курска, 61-й клинической больницы г. Москвы и клиники нервных болезней им. А.Я.Кожевникова ММА им. И.М.Сеченова.

■ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИКОРА ПРИ ИИ

Согласно современным представлениям наибольшее значение в развитии церебральных нарушений имеют артериосклеротическая, гипертоническая макро- и микроангиопатии, кардиальная эмболия, нарушение коагуляционных свойств крови. Развитие гипоксии мозга сопровождается нарушением энергетического обмена, которое ведет к понижению или утрате функции нейронов. Основную опасность для нервных клеток при очаговой ишемии мозга представляют три процесса — истощение энергетических ресурсов, избыточное накопление возбуждающих аминокислот, оказывающих нейротоксическое действие, и образование активных форм кислорода, связанное с утечкой электронов, накапливающихся в промежуточных звеньях дыхательной цепи.

Изученные патогенетические механизмы со всей очевидностью свидетельствуют о важности и перспективности антиоксидантной терапии при гипоксических и ишемических состояниях, однако до сих пор сохраняется дефицит доступных для широкой клинической практики антиоксидантных средств. Поэтому обнадеживающим представляется применение при остром ИИ отечественного препарата Мексикор®, обладающего многокомпонентным антигипоксическим, антиоксидантным и мембраностабилизирующим действием.

В основе эффекта Мексикора® лежит его способность активировать сукцинатдегидрогеназный путь окисления глюкозы, что переключает клеточный метаболизм в условиях гипоксии на более кислородосберегающее направление энергообмена. Вместе с тем Мексикор® обладает выраженной антиоксидантной активностью, что позволяет при его использовании уменьшить клинические проявления оксидантного стресса при острой ишемии.

В исследование включены 92 больных с типичной клинической картиной острого ИИ и типичными изменениями при спиральной компьютерной томографии (СКТ).

В основную группу вошли 52 больных: 24 мужчины (45%), 28 женщин (55%). Средний возраст больных составил $65,5 \pm 1,9$ лет. Ишемический инсульт локализовался в бассейне внутренних сонных артерий у 40 больных (77%), у 12 больных (23%) наблюдались очаги ишемии в вертебробазилярном бассейне. У всех больных развитие очаговых неврологических расстройств сопровождалось общемозговой симптоматикой в виде умеренных головных болей, несистемных головокружений. Признаков выраженных расстройств сознания до уровня комы или глубокого сопора, обусловленных отеком и транстенториальной дислокацией головного мозга, оболочечных симптомов не отмечалось.

В контрольную группу вошли 20 больных с ИИ, средний возраст $61,6 \pm 2,0$ год, 11 мужчин (55%), 9 женщин (45%). У 17 пациентов (85%) очаг локализовался в бассейне внутренних сонных артерий (у 9 — в бассейне правой средней мозговой артерии, у 7 — в бассейне левой средней мозговой артерии, у 1 больного — в бассейне правой передней мозговой артерии); у 3 пациентов (15%) — в вертебрально-базилярной системе.

Больные основной группы на фоне традиционной терапии, включающей

- кардиоаспирин (ацетилсалициловая кислота) 300 мг/сут;
- антигипертензивные средства (престариум по 2—4 мг/сут и арифон по 1,5—2,5 мг/сут);
- трентал по 100 мг в/в капельно на 100 мл физиологического раствора в течение первых 7 дней заболевания, получали Мексикор® в суточной дозе 6—9 мг/кг/сут (в среднем 7,5 мг/кг/сут).

Продолжительность парентерального введения Мексикора®, начиная с первых суток ИИ, составляла 14 суток. Препарат вводился в первые 7 дней по 2,0 мл (100 мг) в/в капельно (40—60 капель в минуту) на 100 мл физиологического раствора и внутрь по 0,1 г 2 раза в сутки. В следующие 7 дней препарат вводился по 2,0 мл в/м и внутрь по 0,1 г 2 раза в сутки. После окончания курса парентеральной терапии Мексикором®, препарат вводился перорально по 1 капсуле 3 раза в день (0,3 г/сут) на протяжении 7 дней с целью закрепления достигнутого эффекта.

Больные контрольной группы получали только традиционную вышеуказанную фоновую терапию.

Для обследования пациентов обеих групп были применены следующие методы:

- клиническое обследование с использованием опроса и осмотра;
- инструментальные методы — спиральная компьютерная томография головного мозга и магнитно-резонансная томография головного мозга проводилась на 2—3 сутки заболевания;
- оценочные методики определения тяжести инсульта и степени инвалидности на 1 и 21 сутки заболевания.

Параметры оценки безопасности применения исследуемого препарата включали функциональные, лабораторные данные и все возникающие побочные явления как со стороны субъективного и клинического статуса больного, так и параклинических параметров. Регистрировались все нежелательные явления, оценивались показатели жизненных функций.

Клинико-неврологическое исследование в первые сутки ИИ и оценка Американской шкалы степени тяжести инсульта свидетельствовали об умеренном характере очаговых нарушений в двух группах больных. Исходный уровень неврологического дефицита был равен $15,3 \pm 0,7$ баллов в основной и $14,5 \pm 1,1$ баллов в контрольной группах. Изменение показателей Американской шкалы степени тяжести инсульта под влиянием Мексикора® и в контрольной группе представлены в *таблице*.

Сравнительный анализ динамики изменений неврологического статуса показал, что в основной группе наблюдался более значительный регресс общемозговых (головная боль, головокружения) и отдельных параметров очагового неврологического дефицита у пациентов на фоне приема Мексикора®. При этом четко прослеживался быстрый регресс пирамидных, мозжечково-атактических расстройств, пареза зрения (на 3—5 сутки).

В основной группе наблюдалось уменьшение пирамидных и атактических нарушений, глазодвигательных расстройств, сенсорного дефицита. Более выраженный по сравнению с контролем регресс очаговых и общемозговых симптомов при терапии Мексикором® отмечался как при полушарной, так и при стволовой локализации церебрального ИИ.

У всех пациентов в первые сутки развития инсульта выявлялись различной степени выраженности когнитивные нарушения.

По окончании курса терапии у всех пациентов отмечалось улучшение концептуализации и ментальной гибкости, однако беглость и синонимичность речи с применением сложных оборотов, иносказательных и образных выражений восстанавливались более существенно в основной

группе. Функция концептуализации, моторные тесты, чувствительность к интерференции, контроль торможения нормализовались или в значительной степени восстанавливались на фоне лечения Мексикором. Сравнение прироста функций в основной и контрольной группах показало статистически значимое ($p < 0,01$) улучшение показателей когнитивных функций в группе, где в схему лечения ИИ был добавлен Мексикор®, и группой контроля, где антиоксидантная терапия не проводилась.

В основной группе больных улучшение двигательных, чувствительных, координаторных и тазовых нарушений сопровождалось улучшением функции самообслуживания и ходьбы. Пациенты могли себя обслуживать, самостоятельно передвигаться в пределах палаты. У всех пациентов нормализовались нарушения тазовых функций.

В контрольной группе динамика показателей была менее значительной. Выраженные нарушения функции самообслуживания у пациентов этой группы сменились умеренными расстройствами, что сопровождалось затруднением в приеме пищи, купании, спуске по лестнице, персональной гигиене.

Анализируя полученные данные можно заключить, что к выписке более значительное улучшение произошло в основной группе.

На фоне лечения Мексикором® отмечалась более значительная положительная динамика активности в повседневной жизни (в сравнении с группой контроля): больные практически не нуждались в посторонней помощи. Число пациентов, независимых в повседневной жизни, по окончании курса лечения в основной группе составил 46,2%, тогда как в контрольной группе этот показатель был равен 32%. Эти данные свидетельствуют о клинической эффективности Мексикора® в комплексном лечении больных с ИИ.

Анализ результатов клинических исследований также позволяет заключить, что у больных ишемическим инсультом Мексикор не вызывал каких-либо нежелательных явлений со стороны общеклинического статуса больных. Выявленные побочные эффекты носили легкий характер и не приводили к отмене препарата.

Проведенное исследование свидетельствует об антиоксидантном и противоишемическом действии Мексикора® при ишемическом инсульте. В основе противоишемического действия препарата лежит его способность ингибировать активность свободно-радикального окисления липи-

дов и белков, стабилизировать мембраны, препятствовать развитию апоптоза, воздействуя на этапы биохимического каскада ишемического инсульта, уменьшая зону морфологических и функциональных нарушений.

Таблица. Показатели Американской шкалы степени тяжести инсульта у больных с ИИ на фоне лечения Мексикором® и в контрольной группе

Группы	1 сутки	21 сутки
Мексикор®	$13,9 \pm 1,5$	$5,8 \pm 0,9^*$
Контроль	$14,5 \pm 1,1$	$8,5 \pm 0,8^*$
* $P < 0,001$		

Таким образом, применение препарата Мексикор® у больных ИИ повышает эффективность проводимой терапии, улучшает клиническое течение заболевания и социальную адаптацию больных.

■ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИКОРА ПРИ ДЭ

Согласно современной классификации сосудистых поражений головного и спинного мозга, под ДЭ подразумевается медленно прогрессирующее нарушение мозгового кровообращения, ведущее к постепенно нарастающим диффузным структурным изменениям с расстройством мозговых функций. Ведущую роль в патогенезе ДЭ играет ухудшение реологических свойств крови, внутрисосудистая активация гемостатического потенциала, изменение атромбогенных свойств эндотелия, факторов гуморально-го и клеточного аутоиммунитета, липидного обмена.

Прогрессирование заболевания сопровождается нарастанием пирамидной недостаточности, атаксии, экстрапирамидных нарушений и когнитивных расстройств. Нарушения ходьбы и равновесия у пациентов с поражениями головного мозга сосудистого происхождения могут быть обусловлены не только, а в ряде случаев и не столько патологией исполнительного звена статолокомоторной системы (парезы, мозжечковая атаксия, экстрапирамидные расстройства), но и дефектом центральных механизмов управления произвольными движениями. Наиболее часто эти дефекты возникают вследствие хронического сосудистого заболевания.

В настоящее время с целью коррекции постральных нарушений и когнитивного дефицита при цереброваскулярной патологии используются препараты, улучшающие мозговое кровообращение. Однако поражение мелких перфорирующих сосудов, вызванное стойкой артериальной гипертензией и церебральным атеросклерозом, характеризуется как стенозом, так и изменением сосудистой стенки. Эти изменения приводят к утрате мелкими сосудами способности к вазодилатации в ответ на действие препаратов, в норме вызывающих их расширение. Поэтому на фоне применения вазоактивных средств возможен эффект обкрадывания в пользу интактных церебральных участков с сохраненными системами регуляции кровотока и усугубление ишемии в пораженных участках головного мозга.

При ишемических и гипоксических поражениях мозга происходят комплексные функционально-метаболические нарушения. Нарушается процесс окислительного фосфорилирования, в то же время активируются компенсаторные метаболические потоки и гликолиз. Однако гликолиз удовлетворяет потребности обмена клеток лишь на одну треть. Наряду с угнетением синтеза АТФ при ишемии, нарушается его транспорт и утилизация. Энергодефицит является причиной подавления синтетических восстановительных процессов. Кроме того, развивающийся окислительный стресс оказывает выраженное повреждающее действие на нейрональные структуры. Поэтому и в случае ДЭ не вызывает сомнения необходимость включения в

схему лечения хронической цереброваскулярной недостаточности таких препаратов, как Мексикор.

В клиническое исследование были включены 43 пациента в возрасте 50—75 лет с ДЭ II стадии гипертонического, атеросклеротического и смешанного генеза. Группу сравнения составили 20 сопоставимых по полу, возрасту и диагнозу пациентов.

В неврологическом статусе у всех обследованных пациентов отмечались рефлексы орального автоматизма, пирамидная недостаточность, дискоординаторные расстройства, нарушения равновесия и ходьбы высшего уровня, когнитивные нарушения различной выраженности, не достигавшие степени деменции.

Диагноз ДЭ ставился в соответствии со следующими критериями:

- жалобы на головные боли, шум в голове, головокружение системного или несистемного характера, нарушение сна, повышенную утомляемость, снижение памяти, эмоциональную лабильность;
- наличие очаговой неврологической симптоматики, обусловленной сосудистой мозговой недостаточностью (повышение сухожильных рефлексов, анизорефлексия, патологические пирамидные рефлексы, псевдобульбарный синдром, туловищная атаксия, дискоординация в конечностях, экстрапирамидный синдром, нистагм, снижение слуха, расстройства чувствительности по проводниковому типу, мнестико-интеллектуальные нарушения);
- анамнестические и параклинические признаки цереброваскулярного заболевания: артериальная гипертензия и другие изменения гемодинамических показателей, ИБС, ангиопатия сосудов сетчатки, гиперлипидемия, атеросклеротическое поражение аорты, церебральных артерий, артерий нижних конечностей.

Всем пациентам было проведено клиническое неврологическое обследование, оценка когнитивных функций с использованием Краткой шкалы оценки психического статуса (КШОПС) [Folstein, et al., 1975] и Шкалы оценки лобной дисфункции (ШОЛД) [Dubois, et al., 2000].

Мексикор® назначался перорально в обычной терапевтической дозе — по 1 капсуле (100 мг) 3 раза в день, продолжительность курса терапии составила 2 месяца. Одновременно с Мексикором® пациенты принимали пентоксифиллин по 1 таблетке (100 мг) 3 раза в день, тромбо-АСС по 1 таблетке (100 мг) 1 раз в день вечером. Пациентам контрольной группы назначался только пентоксифиллин и тромбо-АСС по указанной выше схеме.

Во время каждого визита производилось измерение артериального давления и пульса, фиксировались все нежелательные явления.

При сравнении когнитивных и двигательных нарушений в обеих группах до лечения Мексикором® не было выявлено достоверных различий, т.е. группы были сопоставимы. После терапии Мексикором® были выявлены достоверные различия между основной и контрольной группой по шкале «походка» ($p < 0,05$), результатам нейропсихологического обследования (ориентация по КШОПС и ШОЛД ($p < 0,05$)).

Нежелательные явления от лечения Мексикором® были отмечены у 3 пациентов (1 женщина и 2 мужчины) в виде диспептических расстройств, аллергической реакции, выраженного усиления общей слабости.

Клинические проявления ДЭ во многом обусловлены структурно-функциональными особенностями кровоснабжения головного мозга. Первый уровень — это магистральные артерии головы, функцией которых является доставка крови к мозгу. Второй уровень — экстрацеребральные артерии и интрацеребральные артерии разного калибра, обеспечивающие распределение крови по основным сосудистым бассейнам, коллатеральное кровообращение, а также доставку крови к различным структурам головного мозга. Третий уровень (метаболический или тканевой) представлен сосудами микроциркуляторного русла, обеспечивающими церебральный метаболизм. Особенности клинической картины ДЭ обусловлены не только этиологическими факторами, но и преимущественным уровнем поражения сосудистой системы.

В результате атеросклеротической и гипертонической ангиопатии головного мозга возникает ряд адаптивных, деструктивных и репаративных изменений, захватывающих все структурно-функциональные уровни цереброваскулярной системы. Гипертоническая ангиопатия церебральных артерий проявляется гемо- и плазморагиями в стенке сосудов, первичным некрозом миоцитов средней оболочки с потерей тонуса сосудов и патологической их извитостью, что приводит к нарушению способности сосудов поддерживать внутрисосудистое давление. Эти изменения преимущественно затрагивают кору полушарий мозга, базальные ганглии, таламус, средний и продолговатый мозг, а также червь и полушария мозжечка, именно те церебральные структуры, которые входят в состав системы поддержания равновесия и ходьбы, имеющей сложную многоуровневую организацию.

Особенностью мозгового кровотока является изменение его величины в различных участках головного мозга в зависимости от выраженности функциональной активности данных церебральных структур. При гипертонической и атеросклеротической ангиопатии в результате эндотелиальной дисфункции и некроза миоцитов средней оболочки мелкие артерии утрачивают способность расширяться. В результате чего становится невозможным перераспределение церебрального кровотока в пользу активно работающих отделов мозга, что приводит к их дисфункции в условиях нарастающей гипоксии и снижения эндогенной антиоксидантной активности, а затем и к необратимому повреждению нейронов продуктами свободно-радикальных реакций с нарушением системы транспорта АТФ.

Нарушение равновесия и ходьбы, выявленные у обследованных пациентов с ДЭ, клинически проявлялось нарушением устойчивости при попытке сесть и подняться со стула, пройти по прямой линии, встать на носки и поднять руки вверх, присесть и поднять предмет с пола, походки: асимметрия шага, отклонения от линии движения. Эти нарушения обусловлены недостаточностью синергических реакций в результате ишемического поражения лобно-подкорково-стволово-мозжечковых связей, обеспечивающих функциональную активность статолокомоторной системы.

Нарушения когнитивной сферы у пациентов с ДЭ отражали нарушение регуляторного звена, что приводило к появлению характерных ошибок импульсивного или инертного типа, к дефектам произвольного внимания, снижению речевой активности. Нарушения памяти были умеренными и носили модально-неспецифический характер.

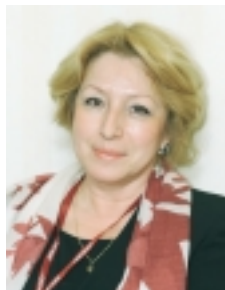
Мексикор® является антиоксидантом, обладающим комплексным воздействием (антиатеросклеротическим, антиангинальным, противоишемическим) на механизмы развития хронической недостаточности мозгового кровообращения. Биохимические аспекты лечебного действия Мексикора® при ДЭ связаны с активацией сукцинатдегидрогеназного пути окисления глюкозы, что способствует изменению клеточного метаболизма в условиях гипоксии с переходом на более кислородосберегающий путь энергообмена. Таким образом, важное значение имеет способность Мексикора® улучшать метаболизм, что клинически проявляется улучшением психомоторных функций.

На фоне лечения Мексикором® отмечено улучшение устойчивости (уменьшение площади и длины статокинезиограммы). Поскольку выявленные нарушения равновесия и ходьбы были связаны в основном с нарушением регуляторных функций, то достоверное улучшение устойчивости и ходьбы обусловлено улучшением взаимодействия различных структур статолокомоторной системы, находящихся в состоянии функциональной инактивации в условиях хронической церебральной гипоксии и недостаточности антиоксидантной защиты. При этом важную роль играли нейропротекторные свойства Мексикора®: прерывание быстрых реакций глутамат-кальциевого каскада, блокада провоспалительных цитокинов и усиление эндогенной антиоксидантной защиты.

В результате применения Мексикора® выявлено улучшение ориентации, счета, нейродинамических (беглость речи) и регуляторных функций (концептуализации), что объясняется ноотропными свойствами препарата.

Таким образом, применение Мексикора® в комплексной терапии дисциркуляторной энцефалопатии способствует улучшению устойчивости, ходьбы, внимания, нейродинамических и регуляторных функций пациентов. Препарат хорошо переносится, не вызывая значительных нежелательных побочных эффектов, что важно при применении Мексикора® в лечении пожилых больных.

Здоровые ноги на долгие годы



Варикозная болезнь известна человечеству со времен глубокой древности. Первые упоминания о венозных проблемах встречаются в древнеегипетских папирусах и древнегреческих манускриптах. При раскопках на месте Александрийской библиотеки была найдена мраморная стела с изображением огромной человеческой ноги с варикозными венами. Сопровождая цивилизацию на всех этапах ее развития, варикозные вены постоянно бросают вызов человеческой изобретательности, заставляя искать все новые пути решения многовековой проблемы. О современных взглядах на этиологию, эпидемиологию, диагностику и терапию венозной патологии рассказывает заведующая хирургическим отделением поликлиники ЦКБ РАН, д.м.н., профессор Татьяна Владимировна АЛЕКПЕРОВА.

[?] — Татьяна Владимировна, насколько актуальна сейчас проблема венозных заболеваний в нашей стране и мире?

— Проблема заболеваний вен нижних конечностей никогда не теряла своей актуальности. На прием к флебологам всегда приходили молодые пациенты, и до нас многочисленные авторы указывали на значительную распространенность венозных болезней. Однако за последнее время в эпидемиологии венозных заболеваний произошли столь значительные изменения, что проблема становится все более заслуживающей того, чтобы о ней говорить громко и повсеместно. Особенно остро эта проблема ощущается в нашей стране. Пожалуй, ни в одной стране мира нет таких запущенных и тяжелых пациентов с признаками хронических венозных заболеваний нижних конечностей. В России различными формами этой патологии страдают 15–18 млн людей, у 15% из них венозные заболевания привели к трофическим нарушениям кожи нижних конечностей.

До недавнего прошлого традиционно считалось, что заболевания вен нижних конечностей — женская болезнь. Причина заключалась в том, что женщины в 8–9 раз чаще, чем мужчины, обращаются к врачу, однако поводом для обращения чаще всего служит озабоченность эстетическим дефектом. Мужчины носят брюки, они не бреют ноги и с определенной долей пренебрежения относятся не только к своей внешности, но и к здоровью. Так, однажды ко мне на прием пришел вполне интеллигентный мужчина, который шил брюки на заказ со штанинами разного объема из-за того, что в стандартную не помещалась нога с варикозно расширенными венами. На самом деле мужчины болеют не намного реже, зато намного тяжелее. В настоящее время уже официально подтверждено, что в популяции соотношение женщин и мужчин, страдающих венозными заболеваниями, составляет 4:3.

Истоки венозных заболеваний нижних конечностей у многих находятся в подростковом возрасте. Недавно французскими авторами было проведено эпидемиологическое исследование, в результате которого были по-

лучены следующие данные: около 40% подростков уже имеют начальные признаки хронических венозных заболеваний, при этом варикозные вены регистрируются даже у 10–11-летних детей. По данным международных источников, 57% женщин и 26% мужчин, опрошенных в ходе эпидемиологического исследования, имеют симптомы хронического венозного заболевания. Это уже «флебологическая эпидемия». Ее последствия (и практические, и социально-экономические) значительны как для пациентов всех возрастов, так и для бюджетов здравоохранения. В странах Западной Европы затраты на лечение болезней вен составляют около 2%. Быстрее и чаще других они приводят к нетрудоспособности — выход на инвалидность по поводу осложнений венозных заболеваний один из самых высоких. Однако самое актуальное для каждого пациента с варикозными венами — существенное снижение качества жизни.

[?] — Что лежит в основе столь широкого распространения венозных заболеваний? Почему их продвижение по планете идет такими устрашающими темпами?

— Причин достаточно. Сегодня многими источниками подтверждено, что болезнь имеет наследственный характер. В научной литературе приводят такие цифры: риск развития варикозных вен у ребенка составляет 89%, если болеют оба родителя; 47%, если болен один из родителей, 20%, если ни один из родителей не имеет признаков венозной недостаточности. Развитию варикозных вен способствуют такие факторы риска, как возраст, наследственность, пол, беременность, являющиеся неотъемлемой принадлежностью жизни человека. Цивилизация привнесла свои факторы риска — частые и длительные самолетные перелеты, избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни, применение контрацептивов, курение, сидячий образ жизни. Лишь немногие люди используют свободное время для занятий спортом. Между тем известный факт — мышечная венозная помпа голени в конце дня менее эффективна у 20% взрослых молодого возраста, не имеющих патологии вен.

[?] — Что же предпринимается в мире, чтобы остановить эту «флебологическую эпидемию»?

На 6-ом ежегодном совещании Американского венозного форума, состоявшемся в феврале 1994 г., специальный научный международный комитет разработал первый согласованный документ по международной классификации ХВЗ, получивший название CEAP. В основу классификации были положены клинические проявления (C), этиологические факторы (E), анатомические изменения в венозной системе (A) и патофизиологические нарушения (P). Сегодня CEAP дополнена показателями степени тяжести венозной болезни, подразделенными на три части — оценка клинической тяжести, оценка пораженных анатомических сегментов, оценка трудоспособности. Для чего это нужно? Преимущество CEAP заключается в возможности создавать более точные подгруппы как для установления клинического диагноза, так и для выбора метода лечения. Кроме прочего, классификация CEAP может быть внедрена в программу управления базой данных по флебологии, которая способна автоматически определить степень болезни.

[?] — Татьяна Владимировна, но ведь верификация диагноза — это решение только половины задачи, основная цель врача — вылечить пациента, вернуть ему здоровье. Какие у флебологов есть для этого возможности?

Арсенал лечебных возможностей сегодня у флеболога не маленький. Основу современного лечения хронических венозных заболеваний составляют минимально инвазивные технологии с применением эндоскопической техники, медицинских лазеров, радиоволновой и криохирургии. Средства ультразвуковой визуализации обеспечивают точность хирургического вмешательства, обеспечивая интра- и послеоперационный контроль. Но как бы ни совершенствовались сегодня различные оперативные методы, проблема, которая называется «хроническое венозное заболевание», остается многогранной и требует комплексного подхода. Склонность болезни к рецидивированию полностью подтверждает мнение наших ведущих патофизиологов о связи с системной патологией соединительной ткани. Можно радикально вмешаться, но излечить нельзя. В такой ситуации оперативное лечение — это коррекция, которая ликвидирует патологически измененные участки вены и направлена на профилактику возможных осложнений заболевания.

Патология системной ткани в случае венозных заболеваний в основном реализуется изменениями венозной стенки. Применяя многие годы в своей практике методы ультразвуковой визуализации, я могу сделать вывод о том, что варикозные вены чаще являются следствием париетальных изменений, нежели

результатом только первичной или вторичной несостоятельности венозных клапанов. Вышеперечисленные компоненты чаще объединены, и любая попытка решить, что важнее — «венозный клапан или венозная стенка?» — с моей точки зрения, неправомерна. Тем не менее в большинстве случаев хроническое венозное заболевание начинается именно с варикозной дистрофии стенки вены. У пациента с «венозными» жалобами могут не определяться видимые и пальпируемые варикозные изменения поверхностных вен, но регистрируемая при ультразвуковой визуализации деформация сосудистой стенки не оставляет сомнений, что патологический процесс запущен и клиническая картина варикоза со временем станет весьма наглядной. Абсолютно логично в данном случае назначение своевременного и эффективного лечения, направленного на профилактику развития венозного заболевания. По моему мнению, основная масса пациентов с заболеваниями вен нижних конечностей нуждается в проведении консервативной терапии либо в качестве самостоятельного метода лечения, либо как средство подготовки к хирургическому вмешательству. До недавнего времени эта задача не имела практического решения. Но сегодня появился достаточный и большой арсенал веноактивных препаратов и врачи получили возможность своевременной коррекции флебологических проблем. Наиболее эффективным среди препаратов первого ряда флеботерапевтической помощи я бы назвала Антистакс.

[?] — Поделитесь, пожалуйста, опытом применения Антистакса.

— У меня довольно большой практический опыт применения препарата Антистакс. Так сложилось, что его появление в отечественной практике совпало со временем получения мною первых выводов по результатам ультразвуковых исследований состояния периферической венозной системы у пациентов с различными стадиями хронического венозного заболевания. У всех пациентов, несмотря на различие форм болезни, я отмечала наличие варикозоподобной деформации стенки различных венозных сосудов, сопровождающейся изменениями паравенозных тканей. Вывод был уже сделан, надо было формировать лечебную тактику, но, увы, выбор ЛС ограничен флеботониками. Вот тут у меня в руках и появляется фитопрепарат, целенаправленной точкой применения которого является эндотелиальный слой стенки венозного русла! Антистакс является активным флебопротектором. Благодаря фармакологически активным флавоноидам препарат имеет эндотелиопротективное и противовоспалительное действие, что позволяет нормализовать структуры и функции сосудистой стенки, в т.ч. микроциркуляторного русла. Для моих пациентов это означает уменьшение отечности, болей и ощущения тяжести в ногах — а это привычный образ жизни, трудно-

способность, активная социальная жизнь, одним словом — сохранение качества жизни. Со временем выяснилось, что препарат обладает целым рядом совершенно замечательных качеств. Препарат Антистакс — это стандартизированный экстракт красных листьев винограда, как натуральный продукт практически не имеющих противопоказаний. Антистакс — не БАД, это зарегистрированный лекарственный препарат, эффективность и безопасность применения которого подтверждена в многочисленных исследованиях с уровнем доказательности А. Фитопрепарат Антистакс не имеет синдрома «отмены», который регистрируется при терапии даже таким известным фитопрепаратом, как настойка конского каштана. Еще одно очень важное свойство Антистакса, крайне необходимое при флебологической

терапии пожилых пациентов, как правило, имеющих сопутствующую патологию, — его совместимость с любыми другими лекарственными препаратами. Еще одно преимущество препарата, не менее значимое для практического врача и его пациентов, после его приема крайне редко наблюдается аллергическая реакция. Ну, и главное, полученный мною практический опыт свидетельствует, что терапия с применением Антистакса эффективно улучшает состояние флебологического пациента, ликвидируя беспокоящие венозные симптомы и повышая качество его жизни.



Таблица. Международная классификация хронических заболеваний вен СЕАР (1995–2006 гг.)

C	Клинические проявления	C0	Нет видимых проявлений заболевания
		C1	Телеангиктазии и ретикулярный варикоз
		C2	Варикозные вены
		C3	Отек
		C4	Изменения кожи
		C5	Изменения кожи + закрытые язвы
		C6	Изменения кожи + открытые язвы
		A	Нет симптомов
		S	Симптомы
E	Этиология	Ec	Врожденная (с рождения или несколько позже)
		Ep	Первичная (невъясненная причина)
		Es	Вторичная (посттромбофлебитическая болезнь, другое)
A	Анатомический сегмент	As	Поверхностная венозная система
		Ad	Глубокая венозная система
		Ap	Перфорантные вены
P	Патофизиология	R	Рефлюкс
		O	Обструкция
		RO	Рефлюкс и обструкция

[?] — Кому он может быть рекомендован?

— Я сторонник индивидуальных подходов к лечению пациентов, страдающих заболеваниями периферических сосудов. Но, по моему опыту, препарат Антистакс универсален и может быть рекомендован практически всем пациентам, как с превентивными целями, так и для поддерживающего лечения, а также в комплексе терапии трофических язв.

[?] — Что такое превентивное лечение?

— Ухудшение состояния венозной системы нижних конечностей во время и после авиаперелетов — зарегистрированный и отмеченный в научной литературе факт, имеющий формулировку — симптом эконом-класса или бизнес-класса. Сейчас наше население, и особенно молодежь, летают как никогда часто и длительно. Если посмотреть на срез моего консультативного приема, можно увидеть достаточно много молодых и энергичных людей, жалующихся на дискомфорт, боли, отечность нижних конечностей. Собирая анамнез, узнаешь, что их деятельность связана с частыми и длительными авиаперелетами. Также немалую часть пациентов составляют внешне здоровые и привлекательные женщины, которые длительно применяют гормональные противозачаточные средства. Практически все мои пациенты без компьютера не представляют себе свое рабочее место и проводят за ним достаточно много времени. Многие из них рассказывают о наследственном характере венозных проблем. Как врач я не хочу дожидаться, пока у них «вылезут варикозные вены» и затем оперировать, я не хочу, чтобы молодежь нашей страны ходила, нося в своем организме варикозную «бомбу», начиненную осложнениями в виде тромбозов, эмболий и трофических язв. Я надеюсь, что присутствие на российском фармакологическом рынке препарата Антистакс поможет врачам в значительной степени справиться с драматической ситуацией распространенности и последствий хронической венозной заболеваемости нижних конечностей.

Понимание важности профилактических мер постепенно приходит и к пациентам. Многие уже осознали, что лучше 2 раза в год прийти на осмотр и обследование к флебологу, провести курсовую терапию Антистаксом, применить компрессионную терапию, чем дожидаться момента, когда патологический процесс резко изменит качество твоей жизни. По моему мнению, Антистакс — одно из «знаковых» средств, продвигающих нас к воплощению идеи «клиники здорового человека».

[?] — Какими особенностями обладает Антистакс?

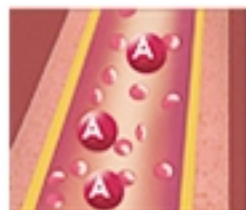
— Антистакс — препарат современного российского выбора. Как известно, существует «французский парадокс», связанный с постоянным употреблением натурального красного вина, что несет людям здоровье сосудистой системы. Многим известно, что для того,

АНТИСТАКС®

АНТИСТАКС® на основе экстракта красных листьев винограда эффективно лечит симптомы хронической венозной недостаточности и предупреждает их развитие, что подтверждено в ходе клинических испытаний.



до лечения препаратом
АНТИСТАКС®



АНТИСТАКС®
оказывает тонизирующее
и защитное действие
на стенки сосудов

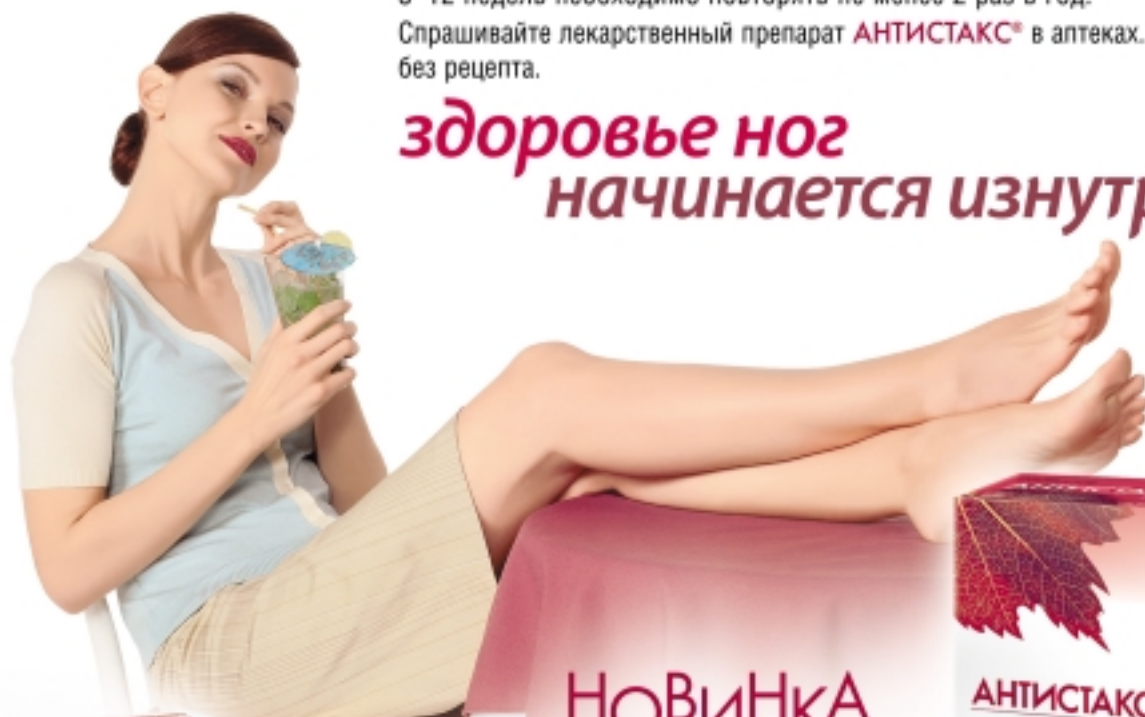
Как действует АНТИСТАКС®

АНТИСТАКС® укрепляет стенки вен изнутри, улучшая кровообращение, и тем самым снимает боль и отечность, устраняет ощущение тяжести и усталости ног. Полностью натуральный и безопасный препарат практически не имеет противопоказаний и побочных эффектов.

АНТИСТАКС® удобно применять: всего 1 раз в день по 2 капсулы утром до еды. Уже через 3–4 недели вы почувствуете облегчение симптомов. Особенно важно применять АНТИСТАКС® в периоды, когда венам нужна поддержка: жарким летом и холодной зимой — традиционные сезоны обострений. Рекомендованный курс лечения 8–12 недель необходимо повторять не менее 2 раз в год.

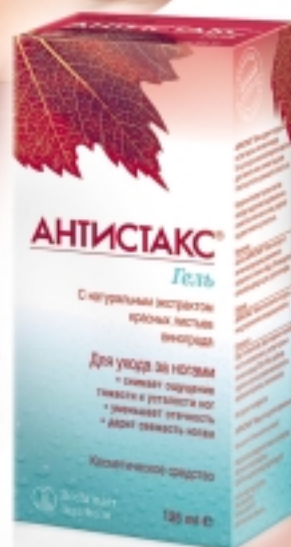
Спрашивайте лекарственный препарат АНТИСТАКС® в аптеках. Отпуск без рецепта.

здоровье ног начинается изнутри



НОВИНКА Сезона! АНТИСТАКС® Гель

АНТИСТАКС® Гель создан для мгновенного устранения ощущения тяжести и усталости, чтобы с комфортом улучшить состояние ног и начать новый день.



чтобы улучшить состояние печени, сосудов, сердца, нужно на ночь принимать стакан сухого красного вина (любые флавоноиды из винограда рекомендованы как средство, повышающее здоровье людей и улучшающее функцию сосудов). Этот рецепт был записан еще в старинной французской фармакопее. Но, во-первых, он не всегда и не всем подходит. А, во-вторых, где в нашей многомиллионной стране взять достаточное количество натурального! красного вина? По данным изготовителей препарата, две капсулы Антистакса, выпитые натощак, обеспечивают организм таким количеством биофлавоноидов, которые содержатся в нескольких бутылках сухого красного вина, естественно, без того токсического эффекта, который несет в себе вино. Поэтому Антистакс «работает» в каждом классе СЕАР. Препарат может применяться как в целях профилактики, так и для лечения «венозных жалоб». В России получен положительный и очень перспективный опыт применения препарата Антистакс у пациентов с трофическими язвами (в составе комплексной терапии).

Антистакс гель для ухода за ногами является идеальным дополнением к препарату Антистакс в капсулах. Антистакс гель создан для мгновенного устранения ощущения тяжести и усталости ног.

Многие мои пациенты сочетают применение Антистакса в капсулах и наружно в виде геля. Пока Антистакс в капсулах действует изнутри, эффективно и безопасно снимает «венозные» жалобы, Антистакс гель мгновенно возвращает комфорт и свежесть ногам, чтобы можно было с легкостью начать новый день! Антистакс гель применяется дважды в день утром и вечером.

Теперь в арсенале флеболога есть еще один надежный препарат, который может применяться у широкого круга пациентов.

[?] — Какие еще есть средства в арсенале флебологов, позволяющие избежать серьезных осложнений и оперативного лечения?

— Хочется особо остановиться на роли компрессионной терапии. В нашей стране часто пациент сам покупает «что-нибудь компрессионное», даже не подозревая, что компрессионный трикотаж — это полноценный серьезный и непростой метод терапии. Компрессионная терапия имеет свой класс, лечебную дозу, форму изделия, свои показания и противопоказания. По-настоящему грамотно подобранная компрессионная терапия некоторыми авторами трактуется как альтернатива оперативному лечению. Подбор лечебных компрессионных изделий должен осуществляться только врачом в строгом соответствии с диагнозом, сформированном в т.ч. в соответствии с требованиями СЕАР. В послеоперационном пе-

риоде во избежание рецидивов именно компрессионная терапия ставится во главе всех лечебных мероприятий. В Европе врач, выписывая больному компрессионные изделия, несет за них ответственность как за сильнодействующий препарат. Пациенту объясняется, когда и как он должен их применять, семейный врач следит за этими назначениями. Существуют социально-экономические флебологические программы, финансируемые государствами, правительства которых поняли, что выгоднее предоставить человеку лечебные компрессионные изделия и объяснить, как ими пользоваться, чем заниматься лечением трофических язв и производить операции по удалению тромбозов. У нас в стране компрессионные лечебные изделия представлены несколькими фирмами. Высокая цена, нередко неграмотный подбор компрессионного изделия, сложность применения (изделия надеваются в резиновых перчатках лежа на полу с приподнятыми ногами), необходимость постоянной утренней и вечерней флебологической лечебной гимнастики — все эти обстоятельства сформировали ложное мнение среди пациентов и некоторых врачей о неэффективности компрессионной терапии, и это очень грустно.

При этом многие пациенты уже оценили преимущества компрессионных изделий, они научились разбираться во всех вариантах лечебного трикотажа, носят их годами и живут без флебологических осложнений. Компрессионная терапия и Антистакс — два средства, дополняющих друг друга. Когда невозможно применить компрессионную терапию, лучший выбор — Антистакс.

Но даже имея в арсенале средства эффективного лечения, я всегда настаиваю на обращении своих пациентов к здоровому образу жизни. Варикозные вены являются частью хронических заболеваний прогрессирующего характера. Хорошо проведенное хирургическое лечение может дать прекрасные отдаленные результаты, но не может предупредить развития новых варикозных вен или возврата симптомов, называемых венозными. Меры личной «венозной» гигиены имеют большое значение, но они суверены! И первым шагом на этом пути должен стать... подсчет количества шагов. Самый простой и доступный рецепт сосудистого здоровья был разработан тибетскими монахами еще в 16 веке. Для женского организма он составляет каждый день 4—5 тыс. шагов, для мужского — 10—12 тыс. шагов. Я с ним согласна, но при этом добавляю: если у пациента уже существует хроническое венозное заболевание, этот рецепт должен выполняться с применением средств компрессионной терапии и на фоне приема препарата Антистакс.

Беседовала **Ирина ФИЛИППОВА**

