

Дифференциальная диагностика и лечение отеков нижних конечностей

Н. В. Орлова, д.м.н., проф. кафедры факультетской терапии педиатрического факультета

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Differential diagnosis and treatment of edema of lower extremities

N. V. Orlova

Russian National Research Medical University n.a. N.I. Pirogov, Moscow, Russia

Резюме

В статье даются определение, классификация и механизмы развития отеков (повышение гидростатического давления, повышение проницаемости капилляров, снижение коллоидного осмотического давления). Рассматриваются основные заболевания, сопровождающиеся отечным синдромом, приводятся алгоритмы диагностического поиска. Отдельно обсуждаются клиника и лечение отеков нижних конечностей вследствие лимфатической и венозной недостаточности. Приводятся данные клинического исследования эффективности препаратов на основе диосмина и гесперидина при лечении хронической венозной недостаточности.

Ключевые слова: отеки, алгоритм диагностического поиска, хроническая венозная недостаточность, лечение, диосмин, гесперидин.

Summary

The article gives a definition, classification and mechanisms for the development of edema (increased hydrostatic pressure, increased capillary permeability, decreased colloidal osmotic pressure). The main diseases accompanied by edematous syndrome are considered, diagnostic search algorithms are given. The clinic and treatment of edema of the lower extremities due to lymphatic and venous insufficiency are separately discussed. The data of a clinical study of the effectiveness of drugs based on diosmin and hesperidin in the treatment of chronic venous insufficiency are presented.

Key words: edema, diagnostic search algorithm, chronic venous insufficiency, treatment, diosmin, hesperidin.

Отеки являются распространенным симптомом в клинической практике, выявляются при многих системных заболеваниях, а также могут носить местный характер. При различных клинических состояниях патогенез развития отеков может иметь свою специфику, однако отмечаются и схожие механизмы их возникновения. Важность значения отеков в диагностике и прогнозе заболеваний, а также необходимость применения специфических методов лечения определили необходимость выделения отечного синдрома.

Отеки — это избыточное накопление жидкости в тканях и серозных полостях организма, проявляющееся изменениями их объема и других физических свойств (тургор, эластичность и др.), нарушением функции тканей и органов. Отеки являются самостоятельным клиническим синдромом, требующим, наряду с терапией основного заболевания, специального лечения.

Патологическое увеличение содержания жидкости не во всех случаях можно выявить визуально и с помощью пальпации. Во внеклеточных пространствах жидкость может накапливаться, не вызывая видимых

проявлений. В таких случаях говорят о скрытых отеках или о задержке жидкости. Этот вид отеков можно определить косвенными методами: измерением веса тела, определением количества потребляемой и выделяемой жидкости, наблюдением за действием мочегонных препаратов, измерением внеклеточного пространства. В настоящее время для оценки задержки жидкости в организме применяют биоимпедансметрию.

Существует несколько классификаций отеков. Различают врожденные и приобретенные отеки. Врожденные отеки встречаются редко. К ним относятся два вида:

- синдром Шридде или врожденная общая водянка новорожденных — гемолитическая болезнь, связанная с несовместимостью групп крови. Новорожденные обычно погибают в первые 1–2 дня;
- наследственный хронический отек Нонне-Мейге-Милроя — врожденный лимфатический отек, в возникновении которого главную роль играет неполноценность вен и лимфатических сосудов.

Все остальные виды отеков являются приобретенными.

Выделяют местные и общие (генерализованные) отеки. Примерами местных отеков являются воспалительные ангионевротические отеки, отеки в результате местного нарушения кровообращения. Генерализованные отеки — отеки вследствие заболеваний почек, сердца и других органов и систем. Генерализованный отек, хотя он и распространяется на всю поверхность тела, в определенных местах может быть более выраженным. Так, при заболеваниях почек генерализованный отек в первую очередь появляется в более рыхлой соединительной ткани, например в области век; у больных с недостаточностью кровообращения генерализованные отеки располагаются соответственно гидростатическому давлению — на нижних конечностях.

Рассматривают симметричные и асимметричные отеки. Примером асимметричного отека является отек при нарушении проходимости в нижней полой вене, а симметричного — отек на нижних конечностях при недостаточности кровообращения.

Различают воспалительный и невоспалительный отеки. Воспалительный отек характеризуется тремя основными симптомами: краснотой, жаром и болью.

Патогенетически выделяют следующие механизмы отеков [1].

1. *Повышение гидравлического давления в венах и венозных капиллярах:*

- при местно обусловленном застое, варикозном расширении вен, тромбозе;
- при гемодинамической сердечной недостаточности;
- при хроническом наследственном отеке;
- при приеме отдельных препаратов (блокаторы кальциевых каналов, периферические вазодилататоры [апрессин], цилостазол, эстрогены, прогестероны, нестероидные противовоспалительные препараты, гипогликемические [авандия]).

2. *Снижение коллоидного онкотического давления плазменных белков в результате гипопротейнемии или гипоальбуминемии:*

- отеки при нефрозах;
- отеки при заболеваниях печени;
- энтеропатии;
- болезнь Крона;
- голодные отеки (алиментарно-дистрофические);
- кахектические отеки.

3. *Повышение концентрации электролитов:*

- при диффузном геморрагическом нефрите;
- недостаточность кровообращения при нарушенном выделении NaCl;
- при передозировках стероидов;
- при вторичном иперальдостеронизме.

4. *Повышение проницаемости капилляров:*

- нефритические отеки;
- аллергические отеки (Квинке);
- отеки при неврологических заболеваниях;
- отеки при отморожении;
- энтеропатии;
- воспаление;
- системные аутоиммунные (волчанка, васкулит).

5. *Нарушение состояния лимфатических сосудов, через которые частично совершается отток межтканевой жидкости.*

- слоновость при филяриозе;
- отеки при неспецифических лимфангоитах;
- отеки при аномалиях в расположении лимфатических сосудов.

6. *Тканевой фактор* рассматривают как фактор, поддерживающий образование отека. Так, при алкалозе склонность к отекам усиливается, а при ацидозе — снижается. Также имеет значение повышение онкотического давления тканевых белков. Примеры:

- отеки при недостаточности кровообращения;
- липедема.

Отеки являются распространенной жалобой, поскольку они хорошо заметны и расцениваются как проявление заболевания, а также вызывают беспокойство с косметической точки зрения и приносят бытовые неудобства: необходимость сменить обувь в вечерние часы, снять кольца с рук, расслабить ремень брюк. За счет отеков может быть быстрая прибавка в весе, лицо теряет привлекательность, что служит причиной обращения пациента к врачу.

Часто у больного с отеками диагноз ставится уже на основании анамнеза. При постановке диагноза важно учитывать имеющиеся изменения со стороны сердца, почек, печени, признаки других заболеваний, протекающих с генерализованными отеками. Исходя из анамнеза, можно дифференцировать местные отеки. Внезапное начало, частое сочетание с предрасполагающими факторами (например хирургическое вмешательство, перелом конечностей или застойная сердечная недостаточность), частое возникновение болей и болезненности при пальпации в пораженной конечности свидетельствуют об остром тромбозе глубоких вен. Семейный, социальный и профессиональный анамнез имеет относительно небольшую диагностическую ценность у больного с отеками, хотя гиподинамия и вынужденное сидение или стояние являются отягчающим фактором при хронической венозной недостаточности [2]. Сбор лекарственного

анамнеза позволяет выявить прием препаратов, вызывающих задержку жидкости. В этот процесс могут быть вовлечены различные механизмы, но обычно отеки, являющиеся побочным действием лекарственных препаратов, являются результатом задержки соли и воды или изменений проницаемости капилляров.

Различные виды отеков имеют свои клинические особенности, позволяющие провести дифференциальную диагностику,

Печеночные отеки проявляются асцитом, вызванным портальной гипертензией. Отеки на конечностях появляются лишь в поздних стадиях заболевания. Диагноз ставится на основании жалоб, анамнеза, данных осмотра (артериальные сосудистые звездочки, желтуха), пальпируемых увеличенных печени и селезенки, определения асцитической жидкости, повышения печеночных проб, гипоальбуминемии, снижения расщепления адиуретина, гиперальдостеронизма.

Отеки при сердечной недостаточности развиваются по месту влияния гидростатического давления, локализуются симметрично на обеих конечностях, степень выраженности будет обусловлена компенсацией основного заболевания. В горизонтальном положении отечность уменьшается за счет перераспределения жидкости. Отеки также уменьшаются на фоне приема мочегонных и сердечных гликозидов. Сопровождаются жалобами со стороны сердечно-сосудистой системы, дополнительные обследования подтверждают заболевание сердца и стадию сердечной декомпенсации.

Причиной отеков на лице может быть почечная недостаточность, при тяжелой степени отек становится генерализованным. Отек сопровождается бледностью кожных покровов за счет спазма артериол и анемии. Определяющее значение имеют результаты анализов крови и мочи больного. Нефротический синдром сопровождается гипопротейнемией и протеинурией.

Отек лица может быть признаком воспалительного процесса (нос, губы, полость рта, паротит). Отек Квинке часто также имеет локализацию на лице, однако часто бывает асим-

метричным, сопровождается эозинофилией и по времени возникновения имеет связь с воздействием аллергена.

При гипофункции щитовидной железы отеки располагаются преимущественно в отдаленных участках тела. При надавливании пальцем в области отека ямки не остается. Недостаточность функции щитовидной железы часто встречается после струмэктомии. Больных беспокоят жалобы на недомогание, утомляемость, увеличение веса, зябкость, сухость кожи. Определяются изменения на ЭКГ: низкий вольтаж со сглаженным зубцом Т, удлинненный интервал Q–Т. Для диагностики заболеваний щитовидной железы определяют уровень гормонов щитовидной железы и альбумина в сыворотке крови, проводят УЗИ щитовидной железы.

При энтеропатиях происходит потеря белка через кишечную стенку в результате различных заболеваний (множественные язвы, опухоли, кровотечения, состояния после резекции желудка, целиакия, спру, аллергические гастроэнтеропатии и др.). О возможности энтеропатии следует думать в каждом случае гипопроteinемии, которую нельзя объяснить ни болезнью почек, ни поражением печени. Тот же механизм возникновения имеет место и при длительном белковом голодании. При внешнем осмотре у таких больных выявляются хейлоз, покраснение языка и кахексия.

Идиопатические отеки обычно носят преходящий характер, нередко бывают генерализованными, поэтому до постановки этого диагноза должны быть исключены другие типы отеков. Такие отеки возникают чаще у женщин в возрасте до 40 лет, а также типичны в период менархе. Часто бывают на конечностях, но встречаются и на лице, в области век, резистентны к приему диуретиков [4].

Поскольку в основе отеков могут быть разнообразные факторы, обследование для выявления причин отеков предполагает применение многих лабораторных и диагностических методов. Для дифференциальной диагностики большое значение имеет рациональная последовательность проводимых исследований, которая позволяет сократить время и экономические затраты на диагностику.

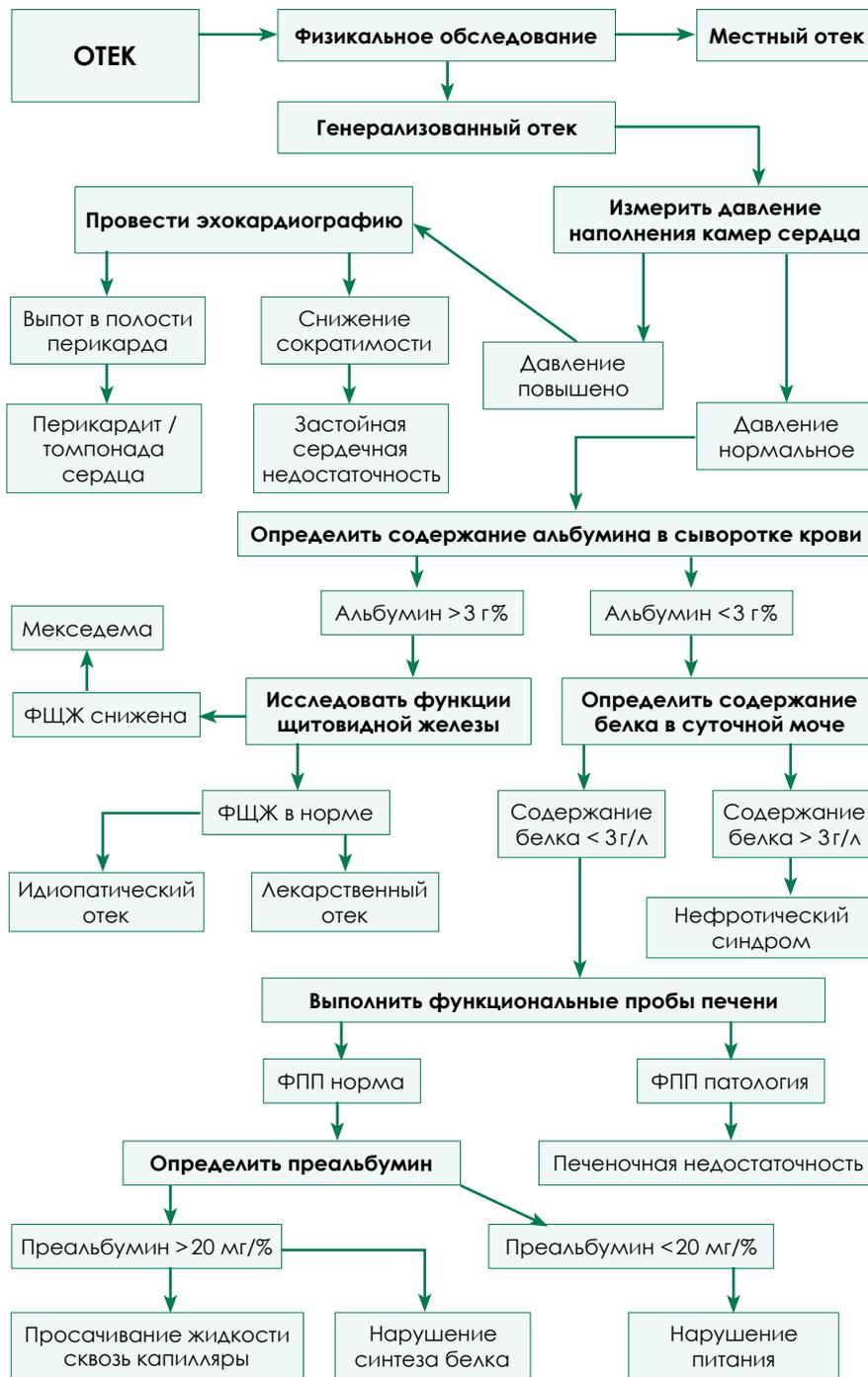


Рисунок 1. Схема диагностического поиска при генерализованных отеках.

Примером диагностического поиска при отеком синдроме является схема, предложенная Р. Хеглином (рис. 1) [3].

Как видно из схемы, большое диагностическое значение имеет определение давления наполнения камер сердца. При повышенном давлении двухмерная эхокардиография позволяет дифференцировать недостаточность желудочков за счет нарушения сократимости от недостаточности, развившейся вследствие заболевания

перикарда. На двухмерной эхограмме определяются снижение функции желудочков и утолщение листков перикарда или наличие жидкости между ними. Выявление при физикальном исследовании парадоксального пульса с амплитудой больше 10 мм рт. ст. или равенство давления в правом предсердии, диастолического давления в легочной артерии и давления заклинивания легочной артерии являются патогномичными для томпонады сердца.

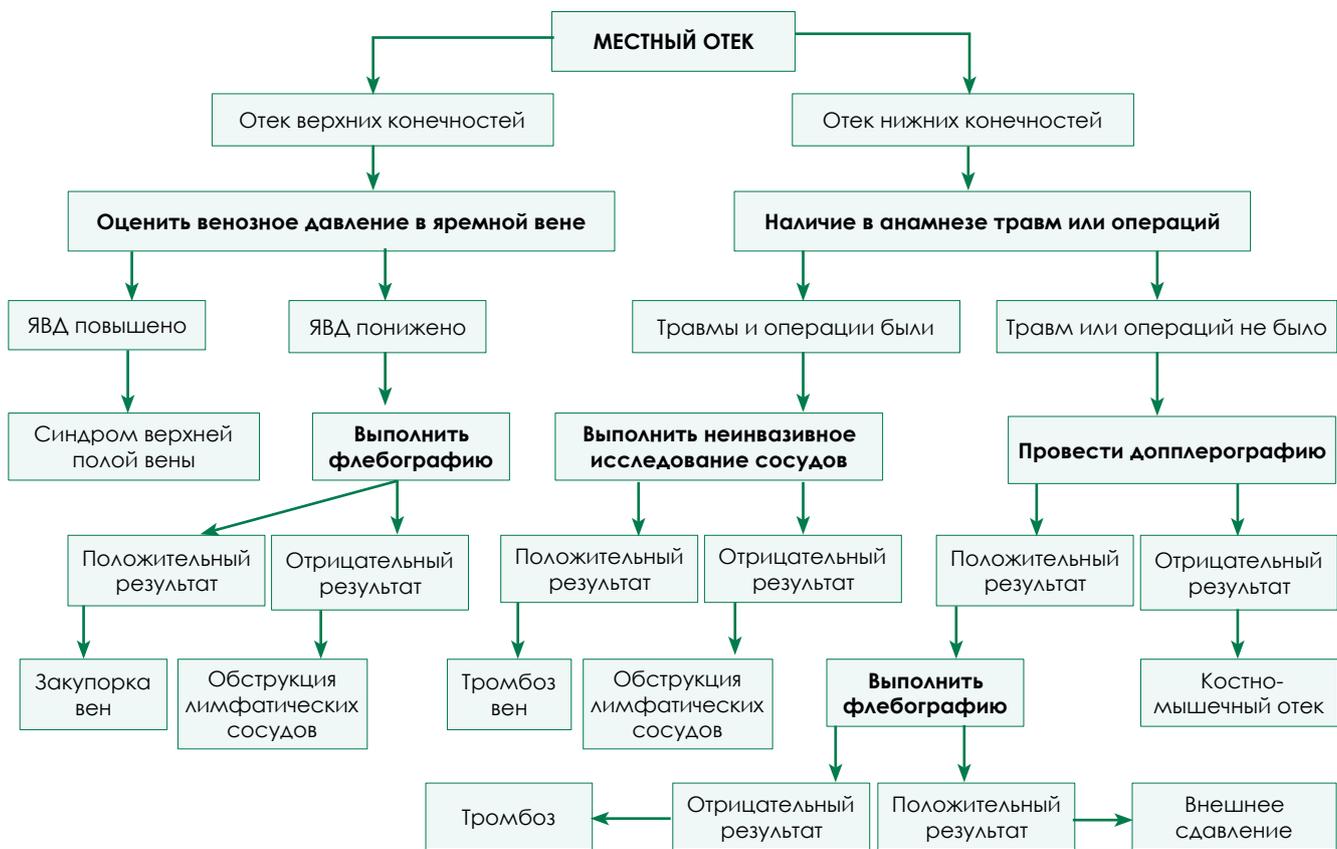


Рисунок 2. Схема диагностического поиска при местных отеках.

Различные виды местных отеков также имеют клинические особенности, позволяющие провести дифференциальную диагностику. Существенную роль в диагностике имеет осмотр отека конечности. Важно оценить локализацию, окраску отека (белая, красная, цианотичная). Так, при тромбозе конечность будет иметь признаки воспаления — повышение температуры, болезненность и изменение цвета кожи. При осмотре также учитываются консистенция, скорость развития отека, температура отека, а также фиксирован отек или подвижен.

Внезапное возникновение отека на одной из нижних конечностей в большинстве случаев связано с тромбозом бедренной или подвздошной вен. Тромбоз этих вен часто возникает после родов или операций, а также при длительном постельном режиме. Тромбоз вен может наблюдаться при инфекционном заболевании (брюшной тиф), болезнях крови (лейкоз, полицитемия), кахексиях различной этиологии, может быть следствием сдавления опухолями малого таза или увеличенными лим-

фатическими узлами, причиной могут быть также опухоли ЖКТ и забрюшинного пространства. Если тромбоз распространяется на вены малого таза, то отек появляется на обеих конечностях и может сохраняться длительное время. При венозной обструкции кожа нередко окрашена и могут наблюдаться усиленные поверхностного венозного рисунка или венозные звезды. В результате стоаза возникает коричневая пигментация. Отек при тромбозе нижней полой вены развивается быстро. Для него характерно также появление на коже живота расширенных венозных коллатералей. Отек может распространяться и на кожу живота. Причиной закупорки нижней полой вены могут быть забрюшинный лимфатический узел, опухоль, эхинококк. Если имеет место распространение тромбоза с нижних конечностей, то это сопровождается подъемом температуры, учащением пульса [6].

Статический отек наблюдается главным образом при плоскостопии, проявляется небольшим двухсторонним отеком в области голеней, расположенных за лодыжками, и появляется при утомлении, после продолжитель-

ного стояния или ходьбы, в приподнятом положении выраженность отеков уменьшается. Надавливание на отечные ткани обычно не оставляет следов [5].

У пожилых женщин с ожирением на нижних конечностях может возникнуть липоэдема: нижние конечности бесформенные, толстые, кажутся отечными, часто можно видеть сосудистый рисунок, следы язв. При «жировых» отеках ткани имеют мягкую консистенцию, характерную для жировой ткани. При надавливании на кожу почти не остается следа от пальца, пальпация болезненна. Отеки жировой клетчатки всегда двухсторонние и не поражают ступни и пальцы ног. Отек обычно развивается не только на голени, но и захватывает бедро.

Ниже приводим схему диагностического поиска при подозрении на местные отеки, предложенную Р. Хеглином (рис. 2).

Одной из частых причин отеков нижних конечностей являются лимфатические отеки. Для лимфатических отеков характерны болезненность, прогрессирование и хронизация. Обструктивные лимфатические отеки чаще всего появ-

Таблица 2
Флеботропные средства

Химическое вещество	Активный компонент	Торговое название
Гамма-бензопироны (флавоноиды)	Диосмин, гесперидин, флавоевая кислота, очищенная микронизированная флавоноидная фракция (ОМФФ)	Флебодиа 600, Детралекс, Детравенол
Производные рутина	Рутозиды, гидроксирутозиды	Анавенол, Венорутон, Рутин, Троксевазин, Троксерутин
Сапонины	Эсцин, рутозиды	Анавенол, Аэсцин, Эскузан, Веноплант
Производные алкалоидов спорыньи	Дигидроэрготамин, дигидроэргокристин, дигидроэргокриптин	Вазобрал
Синтетические вещества (комбинированные)	Трибенезид, гептаминол, кальция добезилат	Гливенол, Гинкор-форт, Доксиум

ляются после 40 лет. Лимфатические отеки нижних конечностей чаще бывают односторонними, отечность при лимфостазе плотная, при пальпации определяется утолщение кожи, за ночь отеки уменьшаются неполностью. Ознобы и лихорадка, особенно рецидивирующая, у больного с хроническими отеками конечности могут быть обусловлены воспалительным типом лимфатических отеков, при осмотре которых можно выявить признаки воспаления, лимфангита (красные и воспаленные лимфатические сосуды). Лимфатические отеки могут быть следствием хирургического вмешательства, приведшего к нарушению лимфооттока, лимфангита, опухолей. Лимфедема может развиваться после ожогов, химиотерапии, после радиационного облучения, при оперативном удалении лимфоузлов. Выделяют четыре стадии вторичной лимфедемы.

Стадия 0. Преходящий малозаметный безболезненный лимфостаз, периодически самостоятельно проходящий. На этой стадии, как правило, пациенты за медицинской помощью не обращаются.

Стадия 1. Обратимый отек без соединительнотканых разрастаний. Отеки наиболее выражены в вечернее время, к утру проходят или значительно уменьшаются. При своевременно начатом лечении на данной стадии возможно предотвратить прогрессирование заболевания.

Стадия 2. Необратимый отек с разрастанием соединительной ткани. Кожа над отечной поверхностью плотная, пальпация болезненная, остается ямка от пальцев. На этой стадии требуется длительное комплексное лечение с применением лимфодренирующего массажа, бандажирования, эластичной компрессии.

Стадия 3. Необратимый отек, фиброз. Конечность бесформенная, возможно ограничение подвижности из-за контрактур и остеоартроза на фоне значительного утяжеления конечности.

Чрезвычайно сильное отечное набухание тканей одной, реже обеих конечностей наблюдается при семейном лимфатическом отеке (синдром Нонне-Милроя-Мейжа). Это состояние иногда сочетается с карликовостью, инфантилизмом, гипогенитализмом и другими пороками развития.

Лимфоангиография помогает выявить недостаточность клапанов, гипоплазию либо закупорку лимфатических сосудов, приводящих к первичным невоспалительным лимфатическим отекам. Лечение лимфедемы: устранение предрасполагающих факторов, диета, физиотерапевтическое лечение, специальная лечебная физкультура, ручной лимфодренажный массаж, использование специального бандажа, переменная пневмокомпрессия на аппаратах, компрессионное лечение в специальном трикотаже. Применяют медикаментозную терапию: солкосерил, троксевазин, флебопротекторы. При выраженных изменениях применяют хирургические методы лечения: наложение лимфовенозных и лимфонодovenозных анастомозов, кожно-пластическую операцию.

Наиболее частой причиной отеков нижних конечностей является хроническая венозная недостаточность. Хроническая венозная недостаточность имеет широкое распространение среди населения, достигая 30%, а в пожилом возрасте до 80%. Усталые, гудящие, ноющие ноги, чувство распирания голеней — эти

симптомы у больных ХВН возникают во второй половине дня, достигают максимума к вечеру и полностью исчезают после ночного отдыха. С этими проблемами сталкиваются, по данным XIII Всемирного конгресса флебологов, около 35% трудоспособного населения и более 50% пенсионеров. А по данным Ассоциации флебологов России, в Москве с этой проблемой знакомы 67% работающего населения. Удивительный факт (к слову, это результаты программы ФАКТ — факторы риска хронической венозной недостаточности в практике терапевта): из всех больных, обратившихся к врачам по различным поводам, 76,7% мужчин и более 90% женщин имели вышеописанные жалобы. В основе патогенеза ХВН лежит повреждение венозной стенки в результате нарушения микроциркуляции и развития лейкоцитарной агрессии. Для уточнения диагноза пациентам проводят современные инструментальные методы обследования: ультразвуковую доплерографию, ультразвуковое ангиосканирование, плетизмографию, флеботонометрию, волюметрию, радионуклидную флебосцинтиграфию, рентгеноконтрастную флебографию, КТ с контрастированием вен. «Золотым стандартом» является контрастная флебография.

Лечение ХВН проводится хирургическими и медикаментозными методами, а также назначается немедикаментозное лечение, включающее ЛФК, физиотерапию, использование компрессионной терапии: применение разнообразных бандажей из эластичных и неэластичных бинтов; компрессионных изделий; аппаратных средств, создающих на поверхности тела человека давление, распростра-

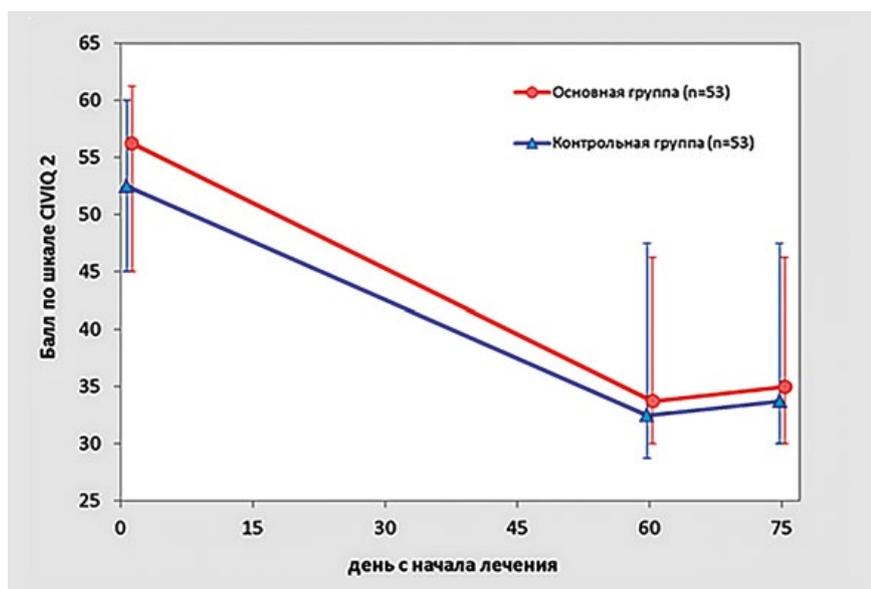


Рисунок 3. Изменение балла по стандартному опроснику CIVIQ 2.

няющиеся на глублежащие органы и ткани, что приводит к развитию лечебного и (или) профилактического эффекта. Компрессионные методы лечения имеют ряд противопоказаний: хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей; тяжелые формы диабетической полинейропатии и ангиопатии; острый флеботромбоз с резко выраженными нарушениями оттока крови вследствие недостаточности коллатералей (синяя флегмазия) вплоть до восстановления достаточной пропускной способности венозного русла; трофические язвы невензной этиологии; инфекции мягких тканей, септический флебит.

Медикаментозное лечение включает курсовой прием флеболимфотонизирующих препаратов (табл. 2).

На сегодняшний день наиболее эффективными флебопротекторами являются компоненты растительного происхождения: очищенная микронизированная флавоноидная фракция (ОМФФ). ОМФФ — это флеботропный и венопротекторный флавоноид, состоящий на 90 % из микронизированного диосмина и на 10 % — из флавоноидов, представленных гесперидином. Диосмин — это полусинтетическое активное соединение, которое добывают из флавоноида, присутствующего в кожуре цитрусовых. Диосмин оказывает комплексное флебопротективное действие: повышает тонус венозной стенки,

повышает тонус и частоту сокращения лимфатических капилляров, увеличивая их функциональную плотность, снижает лимфатическое давление, улучшает микроциркуляцию, повышает резистентность стенки капилляров и уменьшает их проницаемость, уменьшает адгезию лейкоцитов к венозной стенке и их миграцию в паравенозные ткани.

Гесперидин — это вещество, принадлежащее к большой группе биофлавоноидов. Среди свойств гесперидина — антиоксидантное действие, способность восстанавливать повреждение ткани сосудов, повышение тонуса и эластичности сосудов, уменьшение растяжимости венозных стенок, снижение ломкости капилляров, улучшение деятельности лимфатической системы, снижение выраженности воспалительных реакций и др. В последние годы учеными активно изучается противовоспалительное действие биофлавоноидов. Ангиопротективная эффективность гесперидина увеличивается, если он работает в комплексе с диосмином. При развитии отеочного синдрома, при болевых ощущениях, тяжести в ногах, утомляемости икроножных мышц препаратами выбора являются эффективные комплексные препараты на основе ОМФФ Детралекс и Детравенол.

Анализ результатов клинических исследований по применению Детравенола у больных с ХВН под-

тверждает его эффективность и терапевтическую эквивалентность оригинальному препарату Детралекс. Было проведено проспективное рандомизированное открытое клиническое исследование по оценке эффективности, безопасности и изучению побочных эффектов препарата Детравенол (ОМФФ) (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг, производства ООО «Озон», Россия) и зарегистрированного в РФ препарата Детралекс® (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг, производства «Лабораторий Сервье индастри», Франция). В исследование были включены мужчины и женщины от 18 до 70 лет с подтвержденным диагнозом «варикозная болезнь в системе большой подкожной вены» (ВБ БПВ), венозной недостаточностью нижних конечностей, с наличием хронической венозной недостаточности (ХВН) С3-класса по СЕАР. Флеботропные препараты в течение 2 месяцев до включения в исследование никто из пациентов не принимал. По большинству клинических аспектов основного заболевания основная и контрольная группы пациентов на начало исследования статистически значимо не различались ($p > 0,05$). Курс терапии в исследовании составил 60 дней, пациенты обеих групп принимали внутрь по 500 мг назначенного препарата два раза в день (1 000 мг ОМФФ в сутки): 53 пациента основной группы получали Детравенол, 53 пациента контрольной — Детралекс. Пациентам проводились измерение маллеолярного объема, ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей, измерение лодыжечно-плечевого индекса, оценка класса хронической венозной недостаточности по СЕАР, оценка тяжести заболевания по клинической шкале VCSS и опроснику CIVIQ 2. В результате исследования были получены следующие статистически значимые ($p < 0,05$) изменения: снизилась отечность нижних конечностей — маллеолярный объем уменьшился в среднем на 4 %; суммарная оценка тяжести заболевания по клинической шкале VCSS снизилась в среднем на 50 %; субъективная оценка качества жизни

ни повысилась — суммарный балл по стандартному опроснику CIVIQ 2 в среднем снизился на 40%. Данные опросника CIVIQ 2 показывают сохраняющуюся эффективность препаратов по окончании курса терапии (рис. 3).

На фоне приема Детравенола наблюдалась положительная динамика данных УЗДС: уменьшение диаметра общей бедренной вены при пробе Вальсальвы, рефлюкса глубоких вен обеих нижних конечностей, диаметра в ортостазе большой подкожной вены, диаметра в ортостазе суральных вен обеих нижних конечностей, диаметра основных перфорантов, контрактильность нижней полой вены увеличилась. По большинству регистрируемых параметров УЗДС, редукции маллеолярного объема, по вторичным показателям (клинической шкале тяжести заболевания VCSS, оценке качества жизни по стандартному опроснику CIVIQ 2) статистически значимое различие

между основной и контрольной группами отсутствовало на всех визитах регистрации. Серьезных нежелательных явлений в обеих группах зарегистрировано не было. Таким образом, Детравенол в исследовании показал эффективность и безопасность, сопоставимые с Детралексом. При этом отечественный препарат Детравенол обладает значимым экономическим преимуществом для пациентов. При хронической венозной недостаточности Детравенол применяется в дозировке 1000 мг в сутки курсом от 2 до 12 месяцев. При необходимости, по рекомендации врача, курс может быть повторен. На фоне проводимого лечения уменьшается выраженность симптомов венозного застоя — интенсивности болей, тяжести, утомляемости, судорог, отеков.

Основу медикаментозной терапии хронической венозной недостаточности составляют флебопротекторы. В настоящее время в мире известны более 100 веноактивных

препаратов. Данные клинических исследований подтверждают высокую эффективность и безопасность препарата Детравенол на основе ОМФФ в лечении отеков, обусловленных хронической венозной недостаточностью.

Список литературы

1. Богачев В.Ю. Патогенез хронического венозного отека. — Флебологическая. — 2009. — № 35. — с. 1–4.
2. Мишина И.Е. Дифференциальный диагноз при отеком синдроме в практике терапевта. — *Consilium Medicum*. — 2008. — т. 10. — № 11. — с. 109–114.
3. Хэглин Р. // Дифференциальная диагностика внутренних болезней. — 1997. — 74 с.
4. Новицкий В.А. // Дифференциальная диагностика внутренних болезней и типичные диагностические ошибки врача-терапевта. — 2002. — 125 с.
5. Тейлор Р.Б. // Трудный диагноз. 1995. — 160 с.
6. Золотухин И.А. Дифференциальный диагноз. Что скрывается под маской отеком синдрома? Больной с отеком нижних конечностей на терапевтическом приеме. — *Consilium Medicum*. — 2005. — т. 7. — № 11. — с. 107–122.
7. О.В. Фионик, Н.А. Бубнова, С.В. Петров, А.Ю. Семенов, С.М. Грязев. Фармакотерапия лимфедемы. Справочник поликлинического врача. — 2007. — № 10. Стр. 24–32.

Для цитирования. Орлова Н.В. Дифференциальная диагностика и лечение отеков нижних конечностей. // Медицинский алфавит. Серия «Современная поликлиника». — 2019. — Т. 2. — 27 (402). — С. 35–41.



X ВСЕРОССИЙСКИЙ ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

14-15 октября 2019

Отель «Парк Инн by Radisson Пулковская» (Санкт-Петербург, пл. Победы, 1)

НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ:

- Вопросы эпидемиологии и социальной значимости инфекционных болезней в педиатрии
- Организация медицинской помощи при инфекционных болезнях у детей
- Нейроинфекции
- Вирусные инфекции
- Бактериальные инфекции
- Паразитарные болезни
- Микозы
- Госпитальная инфекция
- Энтеральное и парентеральное питание
- Проблема резистентности возбудителей и рациональная антимикробная химиотерапия
- Врожденные инфекции
- Профилактика инфекционных заболеваний у детей



Оргкомитет конгресса
ДНКЦИБ ФМБА России
+7 (812) 347 6453; +7 (812) 234 9691
scs@niidi.ru, niidi@niidi.ru
www.niidi.ru



ООО «Ай Си Эс»
+7(812) 677 31 56
welcome@congress-ph.ru
www.medicine-congress.ru