

Комплексна терапія гестаційної варикозної хвороби

В.О. Бенюк, В.І. Медведь, С.Д. Коваль, В.В. Курочка

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології» НАМН України, м. Київ

Застосування комплексної терапії є ефективним методом гестаційної варикозної хвороби в III триместрі вагітності (в терміні 33–38 тиж) і сприяє профілактиці тромбофілічних ускладнень. Застосування Діофлану, який входить до складу комплексної терапії, не має протипоказань в період вагітності. Зручність застосування, зменшення таких проявів, як набряк, почервоніння, біль, парестезії, свербіж, сухість шкірних покривів, визначають пріоритетність використання комплексної терапії при лікуванні гестаційної варикозної хвороби в період вагітності.

Ключові слова: гестаційна варикозна хвороба, компресія, Діофлан.

Одним з найбільш поширених захворювань судинної системи людини є варикозне розширення вен (ВРВ), що у жінок зустрічається в 4 рази частіше, ніж у чоловіків. Початок захворювання у 90–96% жінок зумовлений з вагітністю та пологами, хвороба швидко прогресує протягом вагітності. В 36,3% жінок клінічні ознаки ураження вен з'являються у I триместрі вагітності, у 60% – у II та в 3,7% – у III триместрі. З кожної наступної вагітності ступінь ВРВ зростає [3, 4].

Висока частота (від 20 до 40%) варикозної хвороби (ВХ) у вагітних і породілей пояснюється збільшенням маси циркулюючої крові, хвилинного об'єму серця, підвищенням венозного тиску, уповільненням швидкості кровообігу в нижніх кінцівках, гормонального перебудовою організму, змінною мікроциркуляції та гемостазу. Згідно з даними літератури вважають причиною розвитку ВХ слабкість м'язової стінки вен та неповноцінність судинних клапанів [1, 5].

Суттєве значення мають ускладнення ВХ серед яких пріоритетним є варикоз вен матки, що сприяє розвитку кровотеч у третій період пологів, гнійно-септичним ускладненням у післяпологовий період та тромбоемболіям. ВРВ матки поєднується із зовнішнім варикозом у 66% випадків [7]. Проблема ВРВ нижніх кінцівок і вен басейну малого таза, пов'язаними з вагітністю та пологами, залишається дискусійною та не вирішеною. У літературі описані різні аспекти етіології та патогенезу, клініки, діагностики та лікування даної патології.

Для профілактики та лікування гестаційної варикозної хвороби з чинниками ризику тромбоемболічних ускладнень доцільним є застосування компресійної терапії та вено-тонічних засобів. Компресійна терапія спрямована на зменшення діаметра вен, підвищення тканинного тиску, збільшення фібринолітичної активності крові за рахунок інтенсивнішої продукції тканинного активатора плазміногену та компресію міжм'язових венозних сплетень і перфорантних вен [2, 6]. Вено-тоніки загальної дії, змінюючи співвідношення пре- і посткапілярного опору, створюють фізіологічні передумови до переважання фільтрації над абсорбцією, що є небажаним для організму вагітної [3].

Мета роботи: оцінити ефективність комплексної профілактичної терапії ускладнень гестаційної варикозної хвороби.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для рандомізованого дослідження відібрано 60 вагітних з венозною недостатністю II–III стадії важкості, яким з ліку-

вально-профілактичною метою застосовували комплексну терапію. Ми призначали вагітним в термінах 33–37 тиж компресійну терапію помірного ступеня 23–32 мм рт.ст. та пероральний капіляростимулювальний засіб Діофлан по 1 таблетці (500 мг) 2 рази на добу. Курс лікування залежно від ступеня важкості складав 3–4 тиж.

Діофлан («Arterium») містить діосмін та гесперидин (суміш флавоноїдів), що забезпечує активну абсорбцію та швидкий початок дії препарату. Фармакотерапевтичний ефект Діофлану зумовлений не лише вено-тонічною та ангіопротекторною дією, але й іншими біологічними властивостями, що діють на різні ланки патогенезу венозної недостатності. Діофлан підвищує венозний тонус, зменшує розтяжимість вен та веностаз, поліпшує мікроциркуляцію, зменшує проникність капілярів і підвищує їх резистентність, поліпшує лімфатичний дренаж та збільшує лімфатичний відтік. Препарат зменшує взаємодію лейкоцитів і ендотелію, адгезію лейкоцитів у посткапілярних венулах, що в свою чергу знижує ушкоджуючу дію медіаторів запалення на стінки вен і стулки клапанів вен. Режим дозування Діофлану доступний для застосування в домашніх умовах. Діофлан не спричинює системних реакцій, а його застосування не супроводжується розвитком побічних реакцій.

До початку лікування та після його закінчення оцінювали клінічні прояви хвороби: наявність важкості в ногах; біль за ходом вени; набряки; парестезії та судороги; еритема та загальний вигляд кінцівки. Клінічний контроль проводили за даними загального аналізу крові та показниками системи гемостазу (гематокрит, активований частковий тромбопластиновий час, протромбіновий індекс, тромбіновий час, анти-тромбін III, фібриноген, тромбоцити, швидкість агрегації тромбоцитів). З метою діагностики ВРВ малого таза, що виник під час вагітності, на 33-му тижні вагітності та після курсу лікування (на 38-му тижні), проводили жінкам групи спостереження доплерометрію внутрішніх здухвинних вени зі спектральним аналізом. Досліджувалися такі параметри кровотоку: середня швидкість кровотоку (СШК), см/с; діаметр поперечного перерізу (ДПП), см; площа поперечного перерізу (ППП), см²; об'єм кровотоку (ОК), мл/хв.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік у обстежуваної групи жінок склав 32,3±4,4 року. За анамнестичними даними спадкова схильність до ВХ спостерігалася у 46% жінок. Оцінюючи репродуктивну функцію обстежуваної групи, слід зазначити, що 71% жінок повторнонароджуючі. Серед них 20% жінок народили шляхом операції кесарева розтину, 3,3% – шляхом операції накладання акушерських щипців, 5% випадків – передчасні пологи.

Усім жінкам, крім традиційного обстеження проводили фізикальний огляд уражених кінцівок, оцінювали перебіг гестаційної ВХ (ГВХ) на 33-му і на 38-му тижні вагітності за спеціально розробленою анкетой, куди було включено такі показники: виникнення спонтанного болю, болючість при пальпації за ходом вен, наявність набряку, обмеження функції кінцівки, пов'язане з ГВХ, почуття «важкості» в ураженій кінцівці, парестезії і судороги, наявність еритеми, за-

Таблиця 1

Стан системи гемостазу у обстежених жінок з ГВХ

Параметри	До лікування	Після лікування
Гематокрит, %	40,3±1,1	41,1±1,2
Активований частковий тромбoplastичний час (АЧТЧ), с	38,8±1,6	36,9±1,1
Протромбіновий індекс, %	90,2±1,5	91,2±1,3
Тромбіновий час, с	17,6±1,2	17,7±1,2
Антитромбін III, г/л	0,12±0,01	0,13±0,02
Фібриноген, г/л	3,9±0,2	3,8±0,2
Тромбоцити, x 10 ⁹ /л	270,2±5,2	268,7±5,1
Швидкість агрегації тромбоцитів, %	22,1±1,4	21,8±1,3

Таблиця 2

Середня швидкість кровотоку в здухвинних венах

Здухвинні вени	СШК, см/с	33 тиж	38 тиж
Права внутрішня	3,2-5,0	37,5%	30%
	5,1-10,0	20%	30%
	10,1-15,0	30%	20%
	15,1-30,0	12,5%	20%
Ліва внутрішня	2,3-5,0	40%	30%
	5,1-10,0	47,5%	57,5%
	10,1-15,0	12,5%	12,5%

Таблиця 3

Діаметр поперечного перерізу здухвинних вен

Здухвинні вени	ДПП, см	33 тиж	38 тиж
Права внутрішня	0,4	17,5%	17,5%
	0,5	47,5%	70%
	0,6	30%	12,5%
	0,7	5%	2,5%
Ліва внутрішня	0,4	12,5%	30%
	0,5	57,5%	67,5%
	0,6	30%	-

гальний стан шкірних покривів, свербіж. Кожний параметр оцінювали за чотирьохбальною шкалою. Крім цього, всім жінкам обстежуваної групи проводили клінічний аналіз крові та гемостазіограму у відповідні терміни вагітності.

У результаті проведеного дослідження встановили, що вагітні, які застосовували комплексну терапію, відзначали відсутність або зменшення спонтанного болю в ураженій кінцівці: у 62% практично відсутня болючість при пальпації та у 88% еритематозне почервоніння за ходом вен, у 48,5% жінок зменшився набряк кінцівок, що підтверджено зменшенням обсягу кінцівки в ділянці гомілки в середньому з 40,3 см до 34,5 см. Зменшувалися такі суб'єктивні прояви ГВХ, як почуття важкості в кінцівках – у 56%, парестезії – у 91%, судоми – у 88% жінок групи спостереження. 86,5% вагітних з ГВХ відзначали поліпшення загального стану шкірних покривів ураженої кінцівки, 94,5% обстежуваних зазначили зменшення або відсутність свербіжу шкіри в ділянці ураження. У цілому, суб'єктивне поліпшення стану кінцівки відзначили 98,5% жінок групи спостереження через 7–10 днів після проведеного курсу лікування.

Усі пацієнтки, що проходили курс лікувально-профілактичної терапії, задовільно перенесли лікування, алергічних реакцій не спостерігалось.

Результати обстеження системи гемостазу вагітних до та після лікування наведено в табл. 1.

Аналіз показників системи гемостазу до і після проведеного курсу лікування не виявив істотних змін у параметрах коагуляції.

Нами проведено аналіз дослідження параметрів кровотоку в правій та лівій внутрішніх здухвинних венах – середньої швидкості кровотоку (СШК), діаметра поперечного перерізу (ДПП), обсягу кровотоку (ОК) і площі поперечного перерізу (ППП) – на 33-му (до лікування) та 38-му тижнях вагітності (після лікування). Слід зазначити, що показники середньої швидкості кровотоку в межах норми діагностовано в 42,5% жінок в правій здухвинній вені, в 12,5% обстежуваних в лівій здухвинній вені (табл. 2).

Після проведеного лікування СШК у правій здухвинній вені нормалізувалася у 5% жінок обстежуваної групи; в лівій здухвинній вені показники СШК мали тільки тенденцію до прискорення.

Об'єм кровотоку в здухвинних венах

Таблиця 4

Здухвинні вени	ОК, мл/хв	33 тиж	38 тиж
Права внутрішня	31-50	40%	35%
	51-100	20%	42,5%
	101-150	2,5%	12,5%
	151-200	27,5%	10%
	301-331	10%	-
Ліва внутрішня	28-50	20%	27,5%
	51-100	52,5%	30%
	101-150	20%	37,5%
	151-260	7,5%	5%

Таблиця 5

Площа поперечного перерізу здухвинних вен

Здухвинні вени	ППП, см ²	33 тиж	38 тиж
Права внутрішня	0,1-0,15	20%	30%
	0,16-0,2	42,5%	42,5%
	0,21-0,25	27,5%	17,5%
	0,31-0,4	10%	10%
Ліва внутрішня	0,1-0,15	12,5%	2,5%
	0,16-0,2	12,5%	30%
	0,21-0,25	50%	47,5%
	0,26-0,4	25%	20%

Діаметр поперечного перерізу (ДПП) правої внутрішньої здухвинної вени в межах норми 0,5 см відзначався у 47,5% обстежуваних жінок, лівої внутрішньої здухвинної вени – у 57,5% (табл. 3).

На 38-му тижні вагітності ДПП правої внутрішньої здухвинної вени в межах норми діагностовано у 70% (контроль 47,5%), лівої здухвинної вени – в 67,5% (контроль 57,5%).

Аналіз результатів, представлених в табл. 4, виявив, що об'єм кровотоку 30–100 мл/хв у правій здухвинній вені спостерігався у 60% вагітних, у лівій – в 72,5%. Об'єм кровотоку

в правій здухвинній вені після лікування збільшився у 17,5%; у лівій здухвинній вені зменшився у 15%. ОК у здухвинних венах на 38-му тижні вагітності після лікування нормалізувався в 5%.

Площа поперечного перерізу (ППП) на 33-му тижні 0,16–0,2 см² у правій здухвинній вені відзначалася у 42,5%; 0,21–0,25 см² у лівій здухвинній вені в 50% (табл. 5).

Після лікування ППП у правій здухвинній вені 0,16–0,2 см² у 42,5% обстежуваних жінок, 0,21–0,25 см² у лівій здухвинній вені у 47,5%. ППП на 33-ве тижні вагітності в правій здухвинній вені менше, ніж у лівій. На 38-ве тижні ППП збільшилася в правій здухвинній вені в 5%, у лівій – в 22,5%.

Аналіз результатів ультразвукового дослідження вен малого таза з ефектом Допплера є доцільним для ранньої діагностики варикозної дилатації вен у вагітних, що дозволить вчасно почати компресійну терапію з використанням вено-тоніків і буде сприяти профілактиці можливих ускладнень надалі.

ВИСНОВКИ

Застосування запропонованої комплексної терапії є ефективним методом лікування ГВХ у III триместрі вагітності (в термінах 33–37 тиж) та сприяє профілактиці тромбофілічних ускладнень. Застосування Діофлану, який входить до складу комплексної терапії, не має протипоказань під час вагітності, на відміну від більшості таблетованих форм вено-тоніків, оскільки практично не має системного впливу. Легкість застосування, зменшення таких проявів, як набряк, почервоніння, біль, парестезії, свербіж, сухість шкірних покривів, визначають пріоритетність використання комплексної терапії при лікуванні та профілактиці ускладнень гестаційної варикозної хвороби під час вагітності.

Комплексная терапия гестационной варикозной болезни

В.А. Бенюк, В.И. Медведь, С.Д. Коваль, В.В. Курочка

Применение комплексной терапии является эффективным методом лечения гестационной варикозной болезни в III триместре беременности (в сроке 33–38 нед) и способствует профилактике

тромбофилических осложнений. Применение Діофлана, который входит в состав комплексной терапии, не имеет противопоказаний во время беременности. Удобство применения, уменьшение таких проявлений, как отек, покраснение, боль, парестезии, зуд, сухость кожных покровов, определяют приоритетность использования комплексной терапии при лечении гестационной варикозной болезни во время беременности.

Ключевые слова: гестационная варикозная болезнь, компрессия, Діофлан.

Complex therapy of gestational varicose illness V. Benyuk, V. Medvid, S. Koval, V. Kurochka

Application of complex therapy is effective method of gestational varicose illness treatment and promotes preventive maintenance of thrombotic complications. Application of Dioflan which enters in the complement of complex therapy practically has no contra-indications in the postnatal period, unlike the majority of venotonic tablet forms, as it doesn't render considerable system influence that allows to apply it in a lactation. Easiness in application, the reduction of such displays as a hypostasis, reddening, pain, paresthesias, the itch, dryness of integuments do its application almost irreplaceable at gestational varicose illness treatment of complex therapy the postnatal period.

Key words: gestational varicose illness, compression, Dioflan.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенюк В.О., Медведь В.И. та співавт. Профілактика ускладнень варикозної хвороби в породілей // Здоров'я жінки. – 2010. – № 8 (54). – С. 84–87.
2. Кириенко А.И. Варикозная болезнь: когда и как лечить? // Новый мед. журнал. – 1996. – № 1–2. – С. 3–7.
3. Кириенко А.И., Богачев В.Ю., Золотухин И.А. Хроническая венозная недостаточность с точки зрения врача общей практики // Русский мед. журнал. – 1998. – Т. 6, № 8 (68). – С. 516–522.
4. Кудыкин М.Н., Клецкин А.Э., Качалина Т.С., Сябаева Р.И. та соавт. Профилактика и лечение венозных тромбоэмболических осложнений и хронических заболеваний вен нижних конечностей у беременных // Репродуктивное здоровье женщины. – 2011. – № 3. – С. 88–91.
5. Медведь В.И., Данилків О.О. Топічна терапія варикозної хвороби та хронічної венозної недостатності у вагітних // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 5. – С. 62–64.
6. Савельев В.С. Современные направления в хирургическом лечении хронической венозной недостаточности. // Флебология. – 1996. – № 1. – С. 5–7.
7. Bauersachs J., Fleming I., Busse R. Pathophysiology of chronic venous insufficiency // Phlebology. – 1996. – № 11. – P. 16–22.

ДИОФЛАН / РОЗВ'ЯЗУЄ ПРОБЛЕМИ З СУДИННОЮ СИСТЕМОЮ



ДИОФЛАН – системний (пероральний) ангіопротектор, комплексного механізму дії, що складається з мікронізованої фракції діосміну та гесперидину, забезпечує високу терапевтичну ефективність при лікуванні всіх стадій хронічної венозної недостатності (ХВН) – від ранніх проявів до трофічних виразок

- комплексний механізм дії, що впливає на всі ланки розвитку ХВН*
- ефективність в профілактиці розвитку ХВН*
- висока біодоступність препарату, завдяки мікронізованій фракції діосміну та гесперидину**

* Consilium Medicus том 04/№4/2005 Сучасні флебопротектори Богачев В. Ю.

** Інструкція препарату
Інформація виключно для лікарів і фармацевтів.

Регстраційне посвідчення № UA/10773/01/01 від 13.10.2010 р.



Додаткова інформація по продукту

0 800 307 000*

* дзвінки зі стаціонарних телефонів у межах України безкоштовні

Ближче до людей

