

# Эффективность применения местной антикоагулянтной терапии в лечении хронической венозной недостаточности у беременных

*Н.Н. Рожковская, В.А. Никитюк*

Одесский государственный медицинский университет

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) – патологическое состояние, возникающее при органической и функциональной недостаточности поверхностных и глубоких вен, проявляющееся нарушением венозного оттока из нижних конечностей.

Частота ХВН у женщин превышает таковую у мужчин почти в 3 раза, составляя 62,3%, причем в последние годы отмечено значительное омоложение хронических заболеваний вен нижних конечностей, увеличение частоты ХВН при беременности [1, 5]. Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы у беременных ХВН является наиболее частой экстрагенитальной патологией, которую выявляют в 7–35% случаев, причем в 50–96% из них она впервые появляется во время беременности [1]. ХВН осложняет течение беременности, родов и послеродового периода, приводя к увеличению материнской заболеваемости и смертности. Наличие ХВН во время беременности увеличивает риск тромбоэмболических осложнений (до 10%), вплоть до летальных исходов [2–4]. Вероятность развития этих осложнений возрастает в несколько раз при наличии у пациенток вирусной или бактериальной инфекции [5]. Поэтому вопросы эффективности профилактики и лечения венозной недостаточности у беременных и родильниц являются чрезвычайно актуальными.

Развитие ХВН чаще всего связано с варикозной болезнью или посттромбофлебитическим состоянием (последствие тромбоза глубоких вен), а также с врожденными и травматическими аномалиями строения венозной системы [1, 2].

В основе развития ХВН лежат нарушения венозного оттока из системы вен нижних конечностей, что приводит к расстройству микроциркуляции, развитию венозного стаза, хронического воспалительного процесса, гибели коллагеновых волокон в стенке сосуда. Все эти факторы приводят к постепенному расширению подкожных вен и вен-перфорантов, в результате чего развивается относительная недостаточность клапанов и как следствие – патологический венозный рефлюкс в системе подкожных вен, а также из глубоких вен в поверхностные.

Беременность сопровождается повышением венозного давления, что может служить пусковым фактором развития ХВН. Отягощающими факторами могут быть физические нагрузки, хронические бронхолегочные заболевания, частые запоры [1, 3]. Перечисленные факторы также вызывают венозную гипертензию, которая является причиной дилатации сосудов и развития вследствие этого клапанной недостаточности. Ведущей причиной ХВН для женщин в 89,6% являются беременность и роды, причем вероятность наличия ХВН четко возрастает с увеличением числа родов, с возрастом и наличием наследственной предрасположенности [4, 5].

Высокая частота варикозной болезни у беременных и родильниц объясняется совокупностью предрасполагающих факторов: увеличением объема циркулирующей крови и ми-

нутного объема сердца; повышением венозного давления; замедлением скорости кровотока в нижних конечностях при снижении тонуса венозной стенки и повышении ее растяжимости под действием прогестерона; гиперкоагуляцией [2, 3]. У пациенток с варикозным расширением вен нижних конечностей повышается риск акушерских кровотечений, послеродовых тромбоэмболических и гнойно-септических осложнений [1, 3].

Комплексное лечение ХВН у беременных и профилактика тромбоэмболических осложнений включают эластическую компрессию нижних конечностей, фармакотерапию и применение местных антикоагулянтов. Компрессионная терапия с применением эластического бинтования или трикотажа, не влияя на показатели гемостазиограммы, способствует уменьшению отека, сокращению диаметра вен, увеличению скорости венозного кровотока, улучшению центральной гемодинамики, уменьшению венозного рефлюкса, улучшению функции венозной помпы и микроциркуляции, увеличению дренажной функции лимфатической системы, улучшению маточно-плацентарного кровотока, снижению риска тромбоэмболических осложнений в 2,7 раза [3, 4]. Эластическую компрессию вен нижних конечностей необходимо использовать ежедневно на протяжении всей беременности и в послеродовой период в течение не менее 4–6 мес.

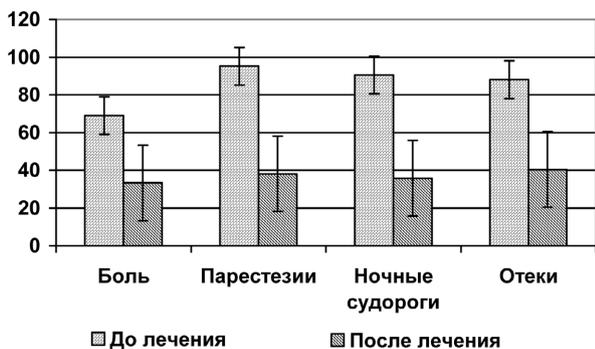
Медикаментозную терапию во время беременности назначают при выраженной клинической симптоматике ХВН (клинический класс ХВН С3 и выше).

Использование топических мазевых и гелевых препаратов на основе гепарина уменьшает выраженность отеков, утомляемости, тяжести, судорог в икроножных мышцах при отсутствии, как правило, серьезных побочных реакций. При местном применении эти препараты препятствуют образованию тромбов, обладают противоотечным и противовоспалительным действием, улучшают местный кровоток, действуя на сосудистый эндотелий, оказывают антикоагулянтный, фибринолитический, реологический и противовоспалительный эффекты.

Гели обладают большей эффективностью по сравнению с мазями в связи с более глубоким проникновением в ткани. Компрессионную терапию не рекомендуется совмещать с мазевыми формами, поскольку в состав мазей входит жировой компонент, удлиняющий процесс всасывания и тем самым повышающий риск развития кожной инфекции.

Лиотон-1000 – препарат, содержащий гепарин (1000 ЕД в 1 г), иммобилизованный на гелевой матрице, которая способствует быстрому проникновению и медленному высвобождению гепарина в коже и подкожной основе. Препарат также не оказывает системного действия, в связи с чем разрешен к применению в период беременности и лактации [5].

Целью работы была клиническая оценка эффективности применения геля Лиотон-1000 у беременных с хронической венозной недостаточностью.



**Клиническая эффективность применения геля Лиотон-1000 в лечении хронической венозной недостаточности у беременных**

Под нашим наблюдением находились 42 беременные с варикозной болезнью нижних конечностей и хронической венозной недостаточностью 1–2 степени. У 16 пациенток отмечалось сопутствующее варикозное расширение вен вульвы. Из исследования исключали пациенток с тяжелой экстрагенитальной патологией, выраженным ожирением, поздним гестозом. Все пациентки обследованы общеклиническими и лабораторными методами. Контроль гемостазиограммы проводили до и после лечения (определение фибриногена, АЧТВ, протромбинового индекса, количества тромбоцитов, времени рекальцификации, продуктов деградации фибриногена).

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Основными жалобами беременных были: боль – у 29 (69%) парестезии – у 40 (95,2%), ночные судороги в нижних конечностях – у 38 (90,5%), отеки голеней к концу дня – у 37 (88,1%). Всех пациенток беспокоило чувство тяжести, избыточная утомляемость к концу дня (рисунок). В комплекс лечебно-профилактических мероприятий включали

эластическую /трикотажную компрессию нижних конечностей, а также местное применение (втирание в кожу) геля Лиотон-1000 по 5–6 см 2 раза в сутки в течение 10–14 дней.

К концу курса лечения с использованием Лиотона-1000 отмечено достоверное уменьшение чувства тяжести в нижних конечностях, отечного синдрома, парестезий и ночных судорог (см. рисунок;  $p < 0,05$ ). При оценке показателей гемостазиограммы не выявлено системного влияния препарата на свертывающую систему крови. Биофизический профиль плода во время и после лечения находился в пределах нормы. Переносимость Лиотона-1000 во всех случаях была хорошей – ни у одной пациентки не отмечалось побочных и (или) аллергических реакций. Все беременности завершились рождением живых доношенных детей. Кесарево сечение выполнено в 5 случаях по акушерским показаниям. Случаев патологической кровопотери, послеродовых гнойно-септических и тромбозомболических осложнений не было.

**ВЫВОДЫ**

Использование геля Лиотон-1000 в комплексном лечении хронической венозной недостаточности у беременных является патогенетически оправданным, безопасным, экономически обоснованным. Профилактический эффект использования геля Лиотон-1000 связан с нормализацией венозного тонуса, проницаемости сосудистой стенки, улучшением гемореологических характеристик, микроциркуляции, купированием тканевой гипоксии и воспалительной реакции.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Галич С.Р., Шпак І.В. Лікування хронічної венозної недостатності у вагітних // Здоров'я України. – 2007 – № 5. – С. 72–73.
2. Кияшко В.А. Консервативное лечение хронической венозной недостаточности // Рус. мед. журн. – 2002. – 10 (26). – С. 1214–1219.
3. Медведь В.І., Данилків О.О. Топічна терапія варикозної хвороби та хронічної венозної недостатності у вагітних // Репродуктивне здоров'я
4. Мурашко А.В. Медикаментозна терапія хронічної венозної недостаточності во время беременности // Акуш. и гинек. – 2002. – 6. – С. 25–27.
5. Dindelli M., Parazzini F., Basellini A. et al. Risk factors for varicose disease before and during pregnancy // Angiology. – 1993. – 44. – С. 361–367.

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

**ИЗМЕНЕНИЕ ГОЛОСА В МЕНОПАУЗЕ**

Несмотря на то, что в менопаузе часто происходит изменение голоса, ни в одной шкале по оценке тяжести климактерических симптомов это не учитывается. Ученых заинтересовала связь между изменением голоса и другими нарушениями в постменопаузе.

В исследовании Schneider В. и соавт. приняли участие 107 женщин в постменопаузе

(по данным гормонального исследования) в возрасте от 37 до 71 года. Они заполняли опросник по возникшим у них изменениям голоса и вызванному этим дискомфорту. У 49 женщин было зарегистрировано изменение голоса, 35 из них пожаловались на дискомфорт; 58 женщин не пожаловались ни на то, ни на другое.

По-видимому, эта жалоба в скором станет проблемой

для клиницистов при ведении женщин в постменопаузе. Возможно, если гипотеза об изменении голоса в связи с наступлением менопаузы подтвердится, то в стандартному обследованию женщин добавится и фониатрическое, даже при отсутствии обычных климактерических симптомов.

[www.gynecologia.ru](http://www.gynecologia.ru)