

Опыт применения геля венолайф у беременных женщин с признаками хронической венозной недостаточности

Асп. Н.В. БОЛКУНОВА, д.м.н., проф. Ю.Э. ДОБРОХОТОВА

Experience with venolife gel used in pregnant women with signs of chronic venous insufficiency

N.V. BOLKUNOVA, YU.E. DOBROKHOTOVA

Кафедра акушерства и гинекологии Московского факультета (зав. — проф. Ю.Э. Доброхотова) Российского государственного медицинского университета

Ключевые слова: беременность, хроническая венозная недостаточность, венолайф.

Key words: pregnancy, chronic venous insufficiency, venolife.

В последние годы отмечается тенденция к увеличению тромботических осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Тромбоз варикозно-расширенных вен у беременных встречается в 5–6 раз чаще, чем у небеременных, а после родов в 3–6 раз чаще, чем до родов [2, 4, 7]. Частота тромботических осложнений у беременных и рожениц, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей, колеблется от 38 до 50,8%, причем в 70–90% случаев варикозная болезнь впервые возникает у женщин при беременности, когда наряду с быстро изменяющимся гормональным фоном в 1,5–2 раза возрастает интравенозное давление, что обусловлено увеличением объема циркулирующей крови и постепенным сдавливанием растущей маткой подвздошных и нижней полой вен [1, 6]. Начиная с I триместра пациентки обращают внимание на усиление подкожного венозного рисунка на ногах, а также появление в области лодыжек и по наружной поверхности бедер ретикулярных вен и телеангиэктазий. В этот период, кроме нарастающего косметического дефекта, возникают гиперестезии (чувство «бегающих мурашек», жара, тупой ноющей боли и др.), ассоциированные с местами локализации расширенных вен. Трансформация венозного русла в первую половину беременности в основном связана с изменением гормонального фона. Со второй половины беременности, когда добавляется гемодинамический фактор, скорость варикозной трансформации подкожных вен нарастает. Кроме типичной локализации на бедрах и голени, варикозные вены могут появиться на промежности, больших половых губах и во влагалище. К косметическому дефекту, болям и парестезиям присоединяется характерный венозный отек голени и стопы, усиливающийся к вечеру и практически полностью проходящий после ночного отдыха.

В международной практике используют классификацию CEAP. Всего выделяют семь клинических классов хронической венозной недостаточности (ХВН):

- класс 0: видимые симптомы болезни вен при осмотре и пальпации отсутствуют;
- класс 1: телеангиэктазии и венозная сеть;
- класс 2: варикозно-расширенные вены;
- класс 3: отечность нижних конечностей без изменений кожи;
- класс 4: связанные с венозной недостаточностью трофические расстройства (пигментация кожи, экзема, липодерматосклероз);
- класс 5: кожные изменения, указанные выше + зажившая язва;
- класс 6: кожные изменения, указанные выше + активная язва.

Каждый класс также разделяется на 2 группы: группа А — отсутствие субъективной симптоматики, группа S — имеются жалобы на боли, тяжесть в ногах, утомляемость нижних конечностей.

К наиболее важным этиологическим факторам развития варикозной болезни следует относить [3, 5]:

- наследственную предрасположенность (наличие данной патологии у обоих родителей повышает риск наследования болезни до 60%);
- половую принадлежность — женщины болеют в 1,5–2 раза чаще (этому способствует беременность, гормональные нарушения);
- избыточную массу тела (увеличение массы тела на 20% приводит к пятикратному увеличению риска развития варикозной болезни);
- длительные статические нагрузки и малую двигательную активность.

Патогенез варикозной болезни в целом следует рассматривать как развитие дисфункции клапанного аппарата, обеспечивающего центростремительный ток венозной крови. Возникновение функциональной и анатомической несостоятельности клапанных синусов приводит к возникновению вертикального и горизонтального патологи-

ческих рефлюксов крови как в системе подкожных, так и глубоких вен нижних конечностей. Известно, что варикозная болезнь может оказывать существенное влияние на различные аспекты жизни пациентов — физические, психоэмоциональные и социальные.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности препарата венолайф в лечении ХВН у беременных пациенток.

Материал и методы исследования

Нами проведено исследование венолайфа у беременных с признаками хронической венозной недостаточности. Венолайф в форме геля — комбинированный препарат для наружного применения, фармакологические свойства которого обусловлены действием входящих в его состав веществ. Гепарин — антикоагулянт прямого действия, естественный противосвертывающий фактор организма — оказывает противовоспалительное действие, способствует регенерации соединительной ткани за счет угнетения активности гиалуронидазы; препятствует тромбообразованию, активирует фибринолитические свойства крови; улучшает местный кровоток. Декспантенол — провитамин B₅ — в коже превращается в пантотеновую кислоту, входящую в состав коэнзима А, который играет важную роль в процессах ацетилирования и окисления. Оптимизируя обменные процессы, декспантенол способствует регенерации поврежденных тканей, улучшает всасывание гепарина. Троксерутин — ангиопротекторное средство, снижает сосудисто-тканевую проницаемость и ломкость капилляров, способствует нормализации микроциркуляции и трофики тканей, уменьшает застойные явления в венах и паравенозных тканях, оказывает противоотечное и противовоспалительное действие.

Препарат разрешен к применению во время беременности и лактации. В данное исследование было включено 40 беременных с начальными признаками варикозной болезни нижних конечностей (COS — C2S по классификации CEAP), которые были методом случайной выборки разделены на 2 группы — основную и контрольную. В основную группу было включено 20 женщин, которым в качестве терапии был назначен венолайф в форме геля в комплексе с компрессией эластичным бинтом нижних конечностей. 20 женщин составили контрольную группу, в которой было применено только бинтование нижних конечностей эластичным бинтом.

Обе группы женщин достоверно не различались по возрасту (средний возраст в основной группе составил 29,9±6,3 года, а в контрольной — 31,1±5 лет), анамнестическим данным, наследственной предрасположенности к варикозной болезни (60% женщин в основной группе и 65% в контрольной), паритету (в основной группе повторнородящими были 50% женщин, в контрольной — 60%) и длительности течения варикозной болезни. Срок беременности в обеих группах составлял 28—36 нед. Всем женщинам помимо рутинного обследования, выполняемого при поступлении в стационар, производили физикальный осмотр пораженных конечностей, измерение окружностей голени над лодыжками (маллеолярный объем), оценку субъективных симптомов по 4-балльной визуально-аналоговой шкале (учитывались такие симптомы, как чувство распирания и тяжести, ночные судороги, боль, кожный зуд) и оценку качества жизни по шкале

CIVIQ 2 (болевого, физического, социального и психологического факторы). Крайние возможные значения по опроснику CIVIQ 2 — от 20 (полное здоровье) до 100 баллов (максимальное снижение качества жизни).

На пораженные участки кожи 2—3 раза в сутки пациентками основной группы самостоятельно наносился тонкий слой геля венолайф, равномерно распределяющийся по поверхности кожи легкими втирающими движениями до полного впитывания. Доза определялась обширностью поражения. После чего производилось бинтование эластичным бинтом нижних конечностей.

Результаты исследования и обсуждение

При оценке факторов риска было выявлено, что варикозная болезнь являлась наследственным заболеванием у большинства женщин. При физикальном осмотре было отмечено ожирение у 10% пациенток основной и у 25% контрольной групп. Комбинированные оральные контрацептивы в анамнезе принимали 20% пациенток основной и 30% контрольной групп. Запоры отмечались у 25% беременных основной и у 35% контрольной групп. К наиболее часто встречающимся факторам риска были отнесены — «работа стоя», что составило 45 и 35% соответственно, и «работа сидя», 55 и 40% соответственно.

В результате проведенного исследования установили, что женщины, использовавшие венолайф, отмечали уменьшение спонтанных болей в пораженной конечности на 65% по сравнению с 25% в контрольной группе (рис. 1).

Быстрее и значительнее уменьшался отек конечностей у пациенток основной группы (на 55%), что подтверждено уменьшением маллеолярного объема конечности

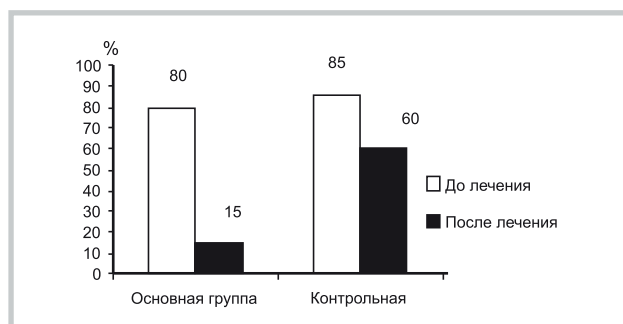


Рис. 1. Наличие спонтанных болей в пораженной конечности у обследованных больных.

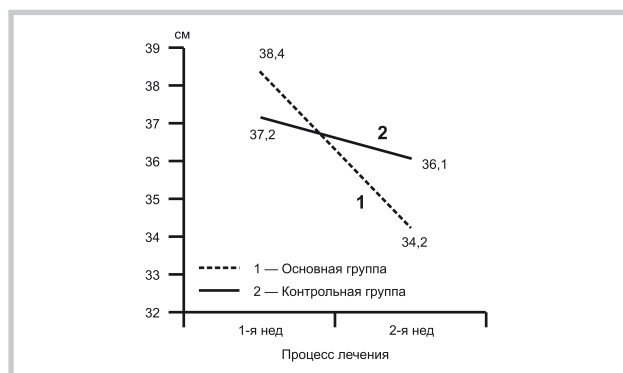


Рис. 2. Уменьшение объема конечности в области голени в процессе лечения у пациенток обследованных групп.

стей, в среднем, с 38,4 см до 34,2 см. В контрольной группе отек уменьшился на 25% (с 37,2 см до 36,1 см) (рис. 2).

В ходе проведенного исследования выявлены следующие изменения субъективных проявлений варикозной болезни в основной группе: уменьшение чувства тяжести в ногах на 75%, уменьшение судорог в икроножных мышцах на 35 и зуда на 30%. В контрольной группе получены следующие данные: уменьшение чувства тяжести в ногах на 25%, судорог на 15 и зуда на 15% (рис. 3).

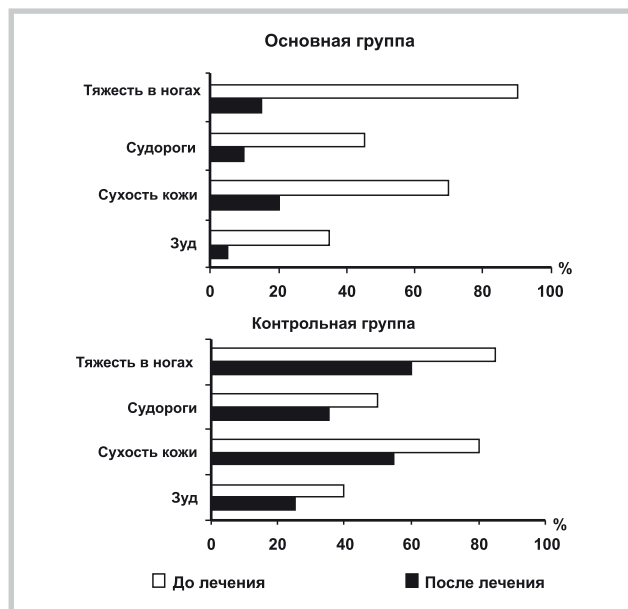


Рис. 3. Динамика субъективных проявлений варикозной болезни у больных основной и контрольной групп.

В целом субъективное улучшение в состоянии нижних конечностей отметили 95% женщин основной и 60% женщин контрольной группы через 2 нед лечения. При оценке уровня качества жизни по данным опросника CIVIQ-2 отмечалась явная положительная тенденция у пациенток основной группы, использовавших венолайф. В основной группе было отмечено снижение болевого синдрома с 7,4 до 3,95 баллов, что составило 46,61%, повышение физической и социальной активности (на 42,86 и 42,8% соответственно). Улучшение психоэмоционального состояния произошло у 41,4% больных. Общая оценка качества жизни повысилась на 42,68% (рис. 4).

В контрольной группе улучшение качества жизни по данным опросника CIVIQ-2 было менее значительным (рис. 5). Снижение болевого синдрома с 7,6 до 5,8 баллов, что составило 23,68%, повышение физической (на 21,21%) и социальной активности (на 13,96%). Снижение психоэмоциональных нарушений составило 14,98%. Общая оценка качества жизни повысилась на 18,1%.

В течение всего исследования не было отмечено побочных реакций, в том числе аллергических.

Выводы

1. Применение геля венолайф в комплексе с бинтованием нижних конечностей эластичным бинтом является достаточно эффективным методом лечения варикозной болезни I–II стадии у беременных, способствующим профилактике тромботических осложнений.

2. Применение венолайфа не имеет противопоказаний во время беременности.

3. В результате лечения существенно нивелируется отек нижних конечностей, о чем свидетельствует умень-

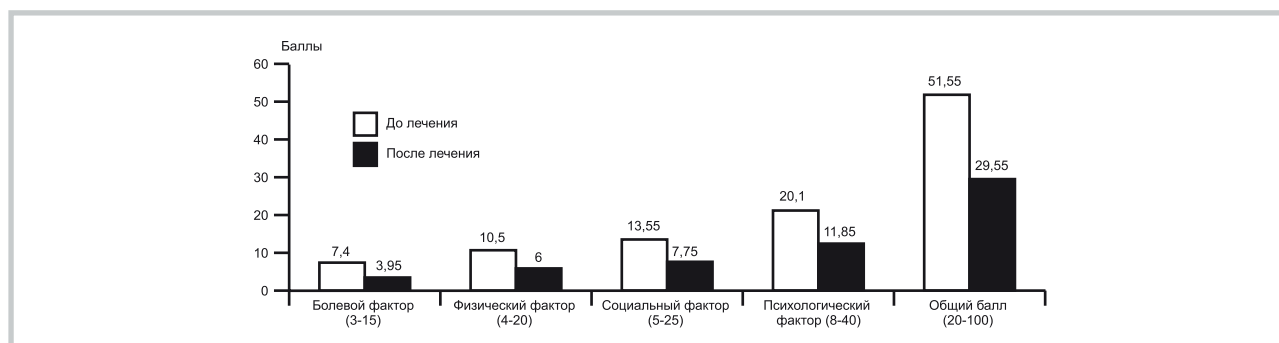


Рис. 4. Ограничение качества жизни по шкале CIVIQ 2 у пациенток основной группы до лечения и после него.

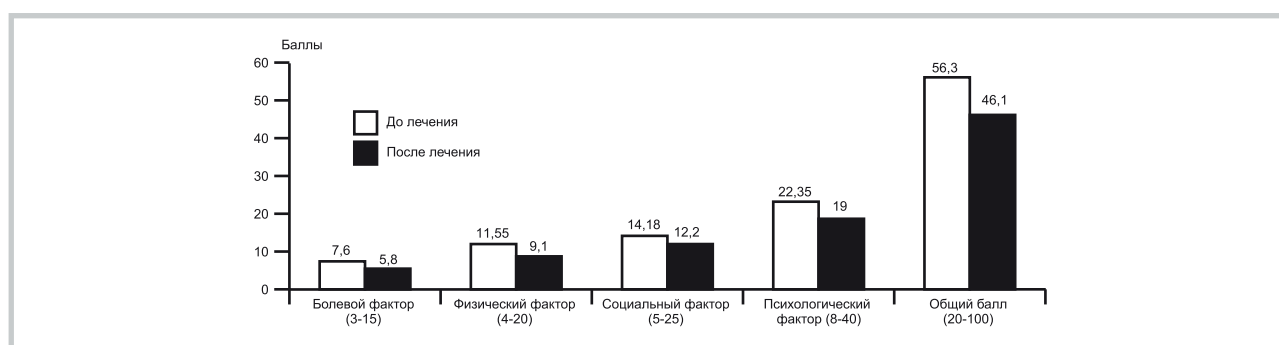


Рис. 5. Ограничение качества жизни по шкале CIVIQ 2 у пациенток контрольной группы.

шение маллеолярного объема. Отмечается достоверное уменьшение интенсивности субъективных симптомов, особенно боли и чувства тяжести в ногах, что весьма по-

ложительно сказывается на психоэмоциональном состоянии пациенток и способствует улучшению качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Богачев В.Ю.* Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей: современные принципы лечения *Consilium medicum* 2003; 05: 5: 301—306.
2. *Золотухин И.А.* Особенности лечения и профилактики хронической венозной недостаточности нижних конечностей и ее осложнений при беременности. *Рус мед журн* 2005; 13: 17: 1113—1120.
3. *Кириенко А.И., Григорян Р.А., Богачев В.Ю.* Фармакотерапия хронической венозной недостаточности нижних конечностей. *Флебология* 2000; 2: 4: 28—32.
4. *Савельев В.С.* Современные направления в хирургическом лечении хронической венозной недостаточности. *Флебологическая хирургия* 1996; NS1: 5—7.
5. *Bounameaux H., Righini M., Gal G.L.* Superficial thrombophlebitis of the legs: still a lot to learn. A rebuttal. *J Thromb Haemost* 2006; 4: 289.
6. *Hull R.D., Pineo G.F.* Long term outpatient prophylaxis for venous thromboembolism. *Seminars Thrombosis and Hemostasis* 1999; 25: suppl. 3: 91—95.
7. *McColl M.D., Ramsay J.E., Tait R.C. et al.* Superficial vein thrombosis: incidence in association with pregnancy and prevalence of thrombophilic defects. *Thromb Haemost* 1998; 79: 4: 741—742.