

# Особливості ведення післяпологового періоду при гестаційній варикозній хворобі

**В.О. Бенюк, В.І. Медведь, Т.Р. Никонюк, С.Д. Коваль**

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ  
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології» АМН України

**Ліотон-1000** гель у комбінації з еластичною компресією є ефективним і безпечним методом лікування хронічної венозної недостатності (ХВН) у післяпологовий період і профілактики тромботичних ускладнень. Застосування Ліотону не має протипоказань у післяпологовий період; відсутність системного впливу дозволяє використовувати його в період лактації. Легкість застосування, зменшення суб'єктивних відчуттів і клінічних проявів визначають пріоритетність використання Ліотон-1000 гелю при лікуванні ХВН у післяпологовий період.

**Ключові слова:** хронічна венозна недостатність, Ліотон-1000 гель.

Останнім часом відбувається значне поширення захворювань, пов'язаних з порушенням венозної гемодинаміки, що привертає увагу все більшого кола науковців і клініцистів до проблеми хронічної венозної недостатності (ХВН). У жіночого населення України і багатьох країн Європи спостерігається тотальний рівень маніфестації симптомів ХВН, яка набула характеру пандемії [1–3]. Близько 40% вагітних страждають на варикозне розширення підшкірних вен нижніх кінцівок. Висока частота варикозної хвороби (ВХ) у вагітних і породілей пояснюється виникненням у період гестації факторів, які сприяють розвитку гормон-індукованої флебопатії: збільшення маси циркулюючої крові і хвилинного обсягу серця, підвищення венозного тиску, гормональна перебудова організму, зміна мікроциркуляції та гемостазу, наявність екстрагенітальної патології [1–3, 7]. ХВН і її прояви у формі ВХ вен нижніх кінцівок і зовнішніх статевих органів ускладнюють перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду, призводять до зростання материнської захворюваності і смертності. У вагітних із ВХ досить високою є частота виникнення гестозів (14%), плацентарної дисфункції (27%), аномалій пологової діяльності (15%), кровотеч у післяпологовий період (18%), післяпологового метроендометриу (7%). Частота тромботичних ускладнень у вагітних і породілей, що страждають на ВХ вен нижніх кінцівок, коливається від 38 до 50,8% [1–3].

Основними напрямками в комплексі лікувальних заходів у вагітних і породілей з ВХ є неспецифічна профілактика виникнення тромботичних ускладнень глибоких і підшкірних вен нижніх кінцівок (боротьба з ожирінням, гіподинамією, дієтоterapia з попередженням закріпів, детоксикаційна імунокоригуюча терапия).

Наявність ВХ у жінки під час вагітності вимагає проведення ефективної профілактики її ускладнень на ранніх етапах гестації. Під цим, у першу чергу, мають на увазі використання компресійної терапії і сучасних флеботропних препаратів на основі флавоноїдів (діосміну, гідросміну, гесперидину і ін.). У післяпологовий період продовжують еластичну компресію нижніх кінцівок до 3–5 міс. При підвищеному ризику тромботичних ускладнень через 8–12 год після пологів рекомендується призначення низькомолекулярних гепаринів згідно зі схемою і втирання гепаринових гелів. Доцільними є рання активація породілей і лікувальна

фізкультура. У подальшому щоденно оглядаються нижні кінцівки з пальпацією підшкірних вен, за необхідності проводиться їх ультразвукове дослідження.

Більшість вчених надають перевагу консервативним, а не оперативним методам лікування ВХ під час вагітності і протягом одного року після пологів, що пов'язано з фізіологічними змінами в організмі жінки під час вагітності [2, 4, 5, 7]. Головне призначення консервативної терапії при ВХ – це усунення ХВН, профілактика рецидивів захворювання і збереження працездатності жінок.

Відповідно до світових стандартів, в Україні консервативне лікування ВХ у вагітних і породілей забезпечується застосуванням системної фармакотерапії, компресійної і місцевої (топічної) терапії. Венотоники загальної дії, змінюючи співвідношення пре- і посткапілярного опору, створюють фізіологічні передумови до переважання фільтрації над абсорбцією, що є небажаним для організму вагітної [3–7].

В останні роки для профілактики та лікування вагітних з чинниками ризику тромбоемболічних ускладнень ефективно застосовують топічну форму гепарину – Ліотон-гель («Berlin-Chemie»), який містить найбільш високу концентрацію гепарину (1г Ліотон-гелю містить 1000 МО високоочищеного гепарину натрію), іммобілізовану на гелієвій матриці, що сприяє швидкому проникненню і повільному його вивільненню в шкірі і підшкірній жировій клітковині, за рахунок чого досягається тривалий локальний терапевтичний ефект.

Фармакотерапевтичні ефекти Ліотон-гелю зумовлені не лише антикоагулянтними, але й біологічними властивостями, що діють на різні ланки патогенезу ХВН. Гепарин, який входить до складу Ліотон-гелю, електростатично зв'язує тромбін, що забезпечує його антитромботичну активність. Утворення комплексу гепарин–АТІІІ прискорюється за рахунок прямого зв'язування гепарину з g-амінолізованими частинами молекули АТІІІ та внаслідок взаємодії між тромбіном (через серин) і комплексом гепарин – АТІІІ (через аргінін). Гепарин може адсорбуватися на поверхні мембран ендотелію і формених елементів крові, тим самим збільшуючи їх від'ємний заряд, що попереджає адгезію тромбоцитів, еритроцитів, лейкоцитів. Унаслідок цього гепарин, який міститься в топічному препараті Ліотон-гель, лізує мікротромби, запобігає росту тромбів і утворенню нових тромбів, знижує в'язкість крові, зменшує проникність судин і попереджує розвиток стазу. Гепарин зв'язує також гістамін і серотонін, що зумовлює його протиалергійний ефект.

Режим дозування Ліотон-гелю доступний для застосування в домашніх умовах. Можливість дозування гепарину, що входить до складу Ліотон-гелю (1 см<sup>3</sup> = 1 г = 1000 ОД гепарину), забезпечує умови для створення терапевтичної концентрації активної речовини в уражених зонах. Ліотон-гель застосовують 3–4 рази на добу.

Ліотон-гель не спричинює системних реакцій, а його короткочасне застосування не супроводжується розвитком побічних реакцій. Головною перевагою Ліотон-гелю є можливість безпечного застосування під час вагітності і лактації [6].

**Мета роботи** – розробити лікувально-профілактичні заходи ускладнень гестаційної ВХ у післяпологовий період.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 60 породілей у віці 18–37 років із ХВН II–III ступеня важкості, що застосовували з метою місцевого лікування Ліотон-1000 гель (основна група). Групу контролю склали 30 соматично здорових породілей з фізіологічним перебігом вагітності і пологів.

Ліотон призначали місцево по 2–4 см 3 рази на добу, пацієнтка самостійно наносила гель на місце патологічних змін у ділянці нижніх кінцівок протягом 10 днів після пологів.

До початку лікування та після його закінчення проводили опитування хворої за такими клінічними ознаками:

- наявність тяжкості в ногах;
- біль за ходом вени;
- набряки;
- парестезії та судоми;
- еритема та загальний вигляд кінцівок.

Клінічний контроль проводили за даними традиційного клінічного обстеження (скарги, анамнез, фізикальне, загальноклінічне і акушерське обстеження, лабораторні параметри); поглибленого вивчення системи гемостазу (гематокрит, кількість тромбоцитів, тривалість кровотечі за Дьюком, час згортання за Лі–Уайтом, протромбіновий індекс, час рекальцифікації плазми, концентрація фібриногену, гепарину, антитромбіну III, фібринолітична активність крові). Визначення показників кровотоку в підколінній і великій підшкірній венах обох нижніх кінцівок (апарат «Aloka-2000» з датчиком 5 МГц) методом кольорової доплерометрії. З метою діагностики ВРВ малого таза, що виник під час вагітності, на 5-ту та 30-ту добу післяпологового періоду, проводилась доплерометрія судин малого таза (внутрішні здухвинні, яєчникові, маткові вени) зі спектральним аналізом. Ультразвукова характеристика вен нижніх кінцівок проводилась за методикою І.М. Ігнат'єва і Р.А. Бредихіна (2003).

У всіх обстежених пацієнток основної групи була початкова форма ВХ обох нижніх кінцівок – внутрішньошкірний і сегментарний варикоз без патологічного рефлюкса по глибоких і перфорантних венах, а також відсутність (44,2%) або легкий ступінь первинної ХВН (55,8%). Тривалість захворювання становила від 2 до 10 років. ВХ вен у близьких родичів констатовано майже у 40% пацієнток групи спостереження.

Скарги, суб'єктивна симптоматика і клінічні ознаки ВХ визначалися за ступенем проявів (за візуально-аналоговою шкалою в балах від 0 до 2) і наступними складовими: косметичний дефект кінцівок спостерігався у 60 (100%) пацієнток з ВХ; відчуття тяжкості в ногах – у 22 (36,6%) –  $1,8 \pm 0,2$  бала, еритема – у 16 (26,6%) –  $1,1 \pm 0,1$  бала, набряки – у 14 (23,3%) –  $1,9 \pm 0,2$  бала, парестезії – в 11 (18,3%) –  $1,8 \pm 0,2$  бала, свербіж – у 8 (13,3%) –  $1,6 \pm 0,2$  бала, біль – в 6 (10%) –  $1,3 \pm 0,2$  бала, судоми – у 28 (46,6%) –  $1,4 \pm 0,2$  бала (табл. 1). Крім того, типовими були скарги на загальне нездужання зниження працездатності, психоемоційну лабільність. Анамнестично, 21 (35%) пацієнткою з ВХ до вагітності використовувалися естроген-гестагенні препарати як з контрацептивною, так і з лікувальною метою. У групі контролю гормональну контрацепцію застосовували лише 2 (6,6%) пацієнтки.

Близько третини пацієнток основної групи працювали в умовах гіпокінезії (секретарі, менеджери, бухгалтера та ін.) або мали професії, пов'язані з тривалим перебуванням у вертикальному положенні (21,6%). Не можна не відзначити можливу значущість надмірних фізичних навантажень на організм робітниць промисловості – 18,3%, спортсменок – 3,3%. Особи зазначених професій в основній групі зустрічались у 2–2,5 рази частіше, ніж у групі контролю.

Відмінною рисою пацієнток із ВХ була наявність ендокринопатій, як екстрагенітального характеру – «класичні» ураження підшлункової та щитоподібної залоз (цукровий діабет, тиреодит) – у 5%, так і стани, які відображають гормональний дисбаланс у генітальній сфері (порушення менструальної функції, гіперпластичні процеси ендометрія, маткові кровотечі, ендометріоз) – у 11,6% спостережень. Значна кількість жінок основної групи мали надлишкову масу тіла – майже 16%. Слід зазначити, що 8 (13,3%) пацієнток основної групи анамнестично або в якості супутньої патології мали варикозне розширення гемороїдальних вен. Крім того, серед жінок з ВХ виявилось істотно більше осіб зі шкідливими звичками (тютюнопаління 43,3% в основній групі і 13,3% в групі контролю).

Доведено, що ВХ вен нижніх кінцівок вірогідно частіше зустрічається у жінок, які часто народжували. Понад 60% пацієнток основної групи народжували один раз, 8,3% – двічі, причому більшість жінок, що народжували повторно, пов'язують момент виникнення ВХ саме з попередньою вагітністю і пологами.

Фізіологічним визнаний перебіг вагітності у 45% пацієнток основної групи в минулому і у 58,3% в даний момент, що було істотно нижчим (у 1,5–1,6 разу) аналогічних показників у групі контролю (75% і 96,6% відповідно). Перебіг вагітності у пацієнток основної групи з ВХ ускладнився анемією у 10 (16,6%), загрозою переривання вагітності в різні терміни гестації у 7 (11,6%), плацентарною дисфункцією – в 11 (18,3%), прееклампсією – в 4 (6,6%).

Результати ультразвукового дуплексного сканування показали, що при дослідженні в горизонтальному положенні у пацієнток з ВХ швидкісні показники антеградного кровотоку були нижчими, ніж у здорових жінок. При цьому в ділянках великих біфуркацій часто спостерігалися турбуленції кровотоку. Середня лінійна швидкість ( $V_{mean}$ ) антеградного кровотоку у великій підшкірній і підколінній венах у пацієнток з ВХ виявилася на 18,5–20% нижчою, ніж у групі контролю. Аналогічний показник об'ємної швидкості ( $V_{vol}$ ) у пацієнток з ВХ був нижче в середньому на 16% порівняно з контролем. Незважаючи на істотні індивідуальні розходження, при переводі з горизонтального у вертикальне положення у жінок з ВХ спостерігалось досить суттєве розширення просвіту вен – на 50–80%, у той час як аналогічний показник у здорових пацієнток групи контролю не перевищував 40%.

В основній групі 8 (13,3%) жінок народили шляхом операції кесарева розтину, 1 (1,6%) – за допомогою вакуум-екстракції плода з приводу слабкості потуг, інші – консервативно через природні пологові шляхи (85%). У всіх жінок контрольної групи вагітність закінчилася фізіологічними пологами через природні шляхи народженням здорових доношених немовлят з оцінкою за шкалою Апгар 8–9 балів. В основній групі народилося 52 живих доношених і 8 недоношених немовлят з оцінкою за шкалою Апгар при народженні 6–8 балів. Середня величина крововтрати після операції кесарева розтину становила  $635 \pm 121$  мл, після пологів через природні пологові шляхи –  $256 \pm 111$  мл в основній групі і  $220 \pm 21$  мл – в групі контролю. Лише в одному випадку в основній групі виникла патологічна крововтрата в пологах *per vias naturalis* ( $520 \pm 103$  мл) через дефект посліду і гіпотонію матки.

Усім жінкам з ВХ, крім традиційного обстеження, в післяпологовий період проводили фізикальний огляд ураженої(их) кінцівки(ок), оцінювали перебіг ХВН на 1, 10 і 30-ту добу післяпологового періоду за спеціально розробленою анкетною, куди було включено такі показники: виникнення спонтанного болю, болючість під час пальпації за ходом вен, наявність набряку, обмеження функції кінцівки, пов'язане з ХВН, відчуття тяжкості в ураженій кінцівці, парестезії і су-

Вираженість суб'єктивних симптомів ХВН у пацієнток з ВХ за візуально-аналоговою шкалою

Симптом	До лікування, n=60		Після лікування, n=60	
	Вираженість, бали	P	Вираженість, бали	P
Біль	1,3±0,2	<0,05	0,8±0,1	<0,05
Набряки	1,9±0,2	<0,05	1,3±0,2	<0,05
Парестезії	1,8±0,2	<0,05	1,2±0,2	<0,05
Еритема	1,1±0,2	<0,05	0,8±0,2	<0,05
Свербіж	1,6±0,2	<0,05	1,2±0,2	<0,05
Судоми	1,4±0,2	<0,05	1,0±0,1	<0,05
Відчуття тяжкості	1,8±0,2	<0,05	1,0±0,1	<0,05

Таблиця 2

Стан системи гемостазу у породілій з ХВН до і після лікування

Параметри	Контрольна	Основна група	
		До лікування	Після лікування
Гематокрит, %	40,1±1,3	41,3±1,4	42,1±1,1
Активованій частковий тромбoplastичний час (АЧТЧ), с	37,6±1,3	38,2±1,4	36,4±1,2
Протромбіновий індекс, %	91,3±1,2	90,2±1,5	91,2±1,3
Тромбіновий час, с	17,2±1,3	17,6±1,2	17,7±1,2
Антитромбін III, г/л	3,2±0,4	0,12±0,01	0,13±0,02
Фібриноген, г/л	3,8±0,3	3,7±0,1	3,6±0,2
Тромбоцити, x 10 <sup>9</sup> /л	268,9±3,8	270,2±5,2	268,7±5,1
Швидкість агрегації тромбоцитів, %	21,9±1,7	22,1±1,4	21,8±1,3

доми, наявність еритеми, загальний стан шкірних покривів, свербіж. Крім того, всім породіллям проводили клінічний аналіз крові й гемостазиограму у відповідну добу післяпологового періоду. В основній групі лікування Ліотоном починали з першої доби післяпологового періоду, причому породіллі самостійно наносили його на шкіру ураженої(их) кінцівки(ок) 3 рази на день протягом 10 діб.

Ефективність лікування оцінювали за діаметром гомілки на рівні щиколоток щоденно на підставі вираженості симптомів ХВН за візуально-аналоговою шкалою до і після завершення курсу лікування. Кожен з симптомів оцінювався в балах від 0 до 2. За відсутності симптомів у пацієнтки результат визначався як 0, у разі помірної вираженості – 1, а при значній – 2 бали.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведеного дослідження встановлено, що породіллі, що застосовували Ліотон-1000 гель, відзначали відсутність або зменшення спонтанного болю в ураженій кінцівці (61,6%) – 0,8±0,1 бала, практично була відсутня болючість під час пальпації та еритематозне почервоніння за ходом вен у 86,6% пацієнток – 0,8±0,1 бала, суттєво зменшувався набряк кінцівок (48,3%) – 1,3±0,2 бала, що підтверджено зменшенням обсягу кінцівки в ділянці гомілки в середньому з 41,2 до 35,4 см. Зменшувалися такі суб'єктивні прояви ХВН, як відчуття тяжкості (56,6%) – 1,0±0,1 бала, парестезії (90%) – 1,2±0,2 бала, судоми (75%) – 1,0±0,1 бала. Породіллі відзначали поліпшення загального стану шкірних покривів ураженої кінцівки (85%), зменшення або відсутність свербіжу шкіри в ділянці ураження (93,3%) – 1,2±0,2 бала. У цілому суб'єктивне поліпшення стану кінцівки відзначили 91,6% породілій з ВХ (див. табл. 1).

Ці дані підтверджено результатами клінічних аналізів.

У післяпологовий період поступово припиняють свою дію деякі специфічні фактори, що сприяють розвитку й прогресуванню ХВН під час вагітності: механічний (здавлення вагітною маткою здухвинних вен і нижньої порожнистої вени, що утруднюютьтік крові), циркуляторний, гормональний, гемостатичний, гемореологічний, тому в післяпологовий період найчастіше спостерігається деяке спонтанне поліпшення стану ураженої(их) кінцівки(ок). Проте в одній породіллі групи спостереження післяпологовий період ускладнився тромбофлебітом глибоких вен нижньої кінцівки, з приводу чого їй було призначено відповідну терапію за стандартними схемами.

Всі пацієнтки, що отримували курс лікування Ліотон-гелем, нормально перенесли лікування, алергічних реакцій не спостерігалось.

Результати обстеження системи гемостазу вагітних до та після лікування наведено в табл. 2.

Аналіз показників системи гемостазу до і після 10-денного курсу лікування Ліотоном трансдермально не показав істотних змін у параметрах коагуляції, що свідчить про меншу вираженість системних ефектів, притаманних гепарину в ін'єкційній формі.

Після лікування жінок з ВХ із застосуванням Ліотон-гелю на 10-ту добу післяпологового періоду результати ультразвукового дуплексного сканування довели, що в 48 (80%) спостереженнях відбулася нормалізація показників V mean і V vol антеградного кровотоку у великій підшкірній і підколінній венах, що збільшилися від аналогічних напередодні лікування на 10–15% і становили 93–95% від середніх параметрів у групі контролю.

При проведенні доплерометрії судин малого таза і дослідженні основних параметрів кровотоку у внутрішніх здухвинних, яєчникових і маткових венах – середньої швидкості кровотоку (СШК), діаметра поперечного перерізу

(ДПП), обсягу кровотоку (ОК) і площі поперечного перерізу (ППП) – на 5-ту і 30-ту добу післяпологового періоду варто зупинитися на деяких моментах доплерометричних змін судин малого таза. Після проведеного лікування пацієнок з ВХ на 30-ту добу СШК у правій здухвинній вені і правій яєчниковій вені нормалізувалася у 2,8% і у 8,6% породілей відповідно; в лівій здухвинній і лівій яєчниковій венах показники СШК залишилися настільки ж низькими. На 30-ту добу збільшення швидкості кровотоку в маткових венах у процесі лікування не виявлено. СШК у лівій матковій вені виявилася нижчою, ніж у правій.

У групі спостереження на 5-ту добу визначено 14 (23,3%) випадків дилатації лівої яєчникової вени II ступеня (ДПП – 0,6–0,7 см) і 5 (8,3%) випадків дилатації лівої яєчничкової вени II ступеня (ДПП – 0,6 см) на 30-ту добу після пологів, що може свідчити про ризик виникнення розширення вени під час наступних вагітностей.

На 5-ту добу в породілей виявлено 12 (20%) випадків дилатації правої маткової вени II ступеня і 9 (15%) випадків дилатації лівої маткової вени II ступеня (ДПП – 0,7 см). На 30-ту добу випадків дилатації маткових вен не визначалося.

ОК у здухвинних венах до 30-ї доби нормалізувався майже в 28% породілей з ВХ. В яєчникових венах ОК в процесі лікування не змінився. ОК у правій яєчниковій вені менше, ніж в лівій, пропорційно діаметра судин, у той час як в правій матковій вені ОК виявився більшим, ніж у лівій. На 30-ту добу ОК у маткових венах залишився початковим.

ППП на 5-ту добу в правій здухвинній вені була меншою, ніж у лівій. На 30-ту добу ППП збільшилась у правій здухвинній вені у 6% породілей, а в лівій – у 22,5%. На 30-ту добу збільшилась кількість породілей з ППП в яєчникових венах до 0,1 см<sup>2</sup> на 15%, а з ППП маткових вен до 0,1 см<sup>2</sup> на 11–16%, праворуч і ліворуч відповідно.

Метод ультразвукової доплерометрії вен малого таза з оцінкою венозного кровообігу є доцільним для ранньої діагностики варикозної дилатації вен матки й придатків у післяпологовий період. Отримані результати досліджень слід враховувати під час розроблення комплексу діагностичних і лікувальних профілактичних заходів, що дозволить вчасно розпочинати терапію з обов'язковим використанням венотоніків і сприятиме профілактиці можливих ускладнень у подальшому.

Представлена профілактична і лікувальна тактика ведення породілей з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок із застосуванням еластичної компресії в поєднанні з венозним гепаринним гелем місцево дозволяє запобігати виникненню тромботичних ускладнень у післяпологовий період і забезпе-

чувати надійну профілактику подальшого прогресування варикозного розширення вен нижніх кінцівок.

## ВИСНОВКИ

Застосування Ліотон-1000 гелю у комбінації з еластичною компресією є ефективним і безпечним методом лікування ХВН у післяпологовий період і профілактики тромботичних ускладнень. Застосування Ліотону практично не має протипоказань у післяпологовий період, на відміну від більшості таблетованих форм венотоніків, оскільки практично не має системного впливу, що дозволяє застосовувати його в період лактації. Легкість застосування, зменшення суб'єктивних відчуттів і клінічних проявів визначають пріоритетність використання Ліотон-1000 гелю при лікуванні гестаційної ВХ в післяпологовий періоді.

## Особенности ведения послеродового периода при гестационной варикозной болезни В.А. Бенюк, В.И. Медведь, Т.Р. Никонюк, С.Д. Коваль

Применение Лиотон-1000 геля является эффективным методом лечения ХВН в послеродовой период и способствует профилактике тромботических осложнений. Использование Лиотона практически не имеет противопоказаний в послеродовой период, в отличие от большинства таблетированных форм венотоников, поскольку не оказывает значительного системного воздействия, что позволяет применять его в период лактации. Легкость применения, уменьшение субъективных ощущений и клинических проявлений делают его практически незаменимым при лечении хронической венозной недостаточности в послеродовой период.

**Ключевые слова:** хроническая венозная недостаточность, Лиотон-1000 гель.

## Specific of post-natal period conduct in case of gestational varicose disease V. Benyuk, V. Medvid, T. Nykoniuk, S. Koval

Application of Lioton -1000 of gel is an effective method of treatment chronic venous insufficiency in the postnatal period and promotes preventive maintenance trombofilicheskikh complications. Application of Lioton practically has no contra-indications in the postnatal period, unlike the majority tabletirovannykh forms venotonikov as does not render considerable system influence that allows to apply it in a lactation. Ease of application, reduction of such displays as a hypostasis, reddening, a pain, paresthesias, the itch, dryness of integuments do its almost irreplaceable at treatment of chronic venous insufficiency in the postnatal period.

**Key words:** chronic venous insufficiency, Lioton-1000 gel.

## Сведения об авторах

**Бенюк Василий Алексеевич** – Национальний медичинський університет імені А.А. Богомольця, 01601, г. Київ, бульвар Т.Г. Шевченка, 13; Benyuk@i.ua

**Никонюк Татьяна Робертовна** – Национальний медичинський університет імені А.А. Богомольця, 01601, г. Київ, бульвар Т.Г. Шевченка, 13; t.nykoniuk@gmail.com

**Медведь Владимир Исаакович** – ГУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», 04050, г. Київ, ул. Платона Майбороди; Vladimir.medved@ukr.net

**Коваль София Дмитриевна** – ГУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», 04050, г. Київ, ул. Платона Майбороди; Sdkoval@ukr.net

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бенюк В.А., Медведь В.И., Коваль С.Д. Гестаційна варикозна хвороба: особливості перебігу // Международная конференция «Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии» г. Судак 18–20 мая 2011 г. – С. 18.

2. Кузнецов А.Н., Богачев В.Ю., Золотухин И.А. Роль местных средств в терапии хронической венозной недо-

статочности нижних конечностей // Consilium Medicum. – 2007. – Т. 9, № 7. – С. 112–115.

3. Кулаков В.И. Заболевания венозной системы нижних конечностей у беременных, рожениц и родильниц: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук, 1976. – 30 с.

4. Медведь В.І., Данилків О.О. Топічна терапія варикозної хвороби

та хронічної венозної недостатності у вагітних // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 5. – С. 62–64.

5. Мурашко А.В. Профилактическое применение Лиотон-1000 у родильниц с хронической венозной недостаточностью // Проблемы беременности. – 2000. – № 1. – С. 62–64.

6. Савельев В.С. Современные направления в хирургическом лечении хронической венозной недостаточности. // Флебология. – 1996. – NS 1. – С. 5–7.

7. Bauersachs J., Fleming I., Busse R. Pathophysiology of chronic venous insufficiency // Phlebology. – 1996. – № 11. – P. 16–22.

# Для лікування варикозної хвороби

# Ліотон® 1000

гепарин

гель



- зменшення набряку та болю\*
- запобігання тромбоутворенню\*\*
- протизапальна та антиексудативна дії\*\*\*



Р.П. № UA/10905/01/01

\* Nazarov GF et al. [Mechanism of the antiexudative action of heparin]. *Biull Eksp Biol Med* 1979;87:304-5

\*\* Craig CR, Stitzel RE. *Modern pharmacology with clinical applications*. 6th ed. Baltimore, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2003

\*\*\* Wang L et al. Heparin's anti-inflammatory effects require glucosamine 6-O-sulfation and are mediated by blockade of L- and P-selectins. *J Clin Invest* 2002; 110: 127-36.

**Склад лікарського засобу:** діюча речовина: 1 г гелю для зовнішнього застосування містить 1000 МО гепарину натрієвої солі; допоміжні речовини: етанол 96%, карбонер 940, триетаноламін, метилпарабен (Е 218), пропілпарабен (Е 216), олія неролієва, олія лавандова, вода очищена. **Лікарська форма.** Гель. Безбарвний або зі злегка жовтуватим відтінком, майже прозорий гель в'язкої консистенції, з приємним запахом. Виробник: А. МЕНАРІНІ Мануфактурінг; Логістикс енд Сервісез С.р.л. Віа Сенте Санті 3, 50131 Флоренція, Італія. Представником виробника в Україні є компанія Берлін-Хемі АГ. Адреса: м. Київ, вул. Березняківська, 29. Тел.: +380 (44) 494-33-88, факс: +380 (44) 494-33-89.

**Фармакотерапевтична група.** Засоби, що застосовуються при варикозному розширенні вен. Код АТС С05В А03. Ліотон® 1000 гель при нанесенні на шкіру чинить протинабрякову, антиексудативну, протизапальну та антизгортувальну дію. Нанесений на шкіру препарат не впливає на параметри згортання крові. **Показання для застосування.** Лікування захворювань поверхневих вен, таких як варикозне розширення вен і пов'язаних з ним ускладнень, флеботромбоз, тромбофлебіт, поверхневий перифлебіт. Післяопераційний варикозний флебіт, ускладнення після хірургічного видалення підшкірної вени ноги. Травми та забиті місця, інфільтрати та локалізовані набряки, підшкірні гематоми. Травми та розтягнення м'язово-сухожильних та капсуло-зв'язочних структур. Протипоказання. Підвищена чутливість до гепарину або до будь-якого іншого компонента препарату, трофічні виразки ніг, що кровоточать, відкриті та/або інфіковані рани, геморагічний діатез, пурпура, тромбоцитопенія, гемофілія. Схильність до кровотеч. **Особливі застереження.** Застосування у період вагітності або годування груддю. Дані стосовно застосування препарату під час вагітності або годування груддю відсутні. Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або роботі з іншими механізмами. Препарат не впливає на здатність керувати транспортом або обслуговувати механізми. **Діти.** Внаслідок обмеженого досвіду застосування препарат не слід призначати дітям. **Спосіб застосування та дози.** Дорослим застосовувати препарат 1-3 рази на добу. На уражену ділянку шкіри наносити 3-10 см гелю та обережно втирати. Тривалість лікування визначається тяжкістю перебігу захворювання. **Передозування.** Якісь передозування препарату дотепер не описані. Дію гепарину можна нейтралізувати за допомогою протаміну сульфату. **Побічні ефекти.** В окремих випадках можуть спостерігатися реакції гіперчутливості, такі як почервоніння, свербіж та припухлість шкіри, відчуття печіння, шкірний висип, кропив'янка, ангіоневротичний набряк, геморагії, іноди – виникнення невеликих пустул, пухирців або пухирів, що швидко минають після припинення застосування препарату. При нанесенні на великі ділянки шкіри можливі системні побічні реакції. **Категорія відпуску.** Без рецепта. Затв. до друку 17.02.2014

Інформація для спеціалістів з охорони здоров'я. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.