

УДК 618.7:616.14-007.64+616.1:615.851

В.В. Баранова, А.Ю. Ліманська, Ю.В. Давидова

Оцінка якості життя у жінок високого кардіологічного ризику з варикозною хворобою у післяпологовому періоді

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

PERINATOLOGY AND PEDIATRIC. UKRAINE. 2017.3(71):15-21; doi 10.15574/PP.2017.71.15

Мета — оцінити якість життя пацієнток високого кардіологічного ризику та з варикозною хворобою в післяпологовому періоді; встановити фізичний та психологічний профіль жінок у перші місяці після пологів; розробити комплексний підхід до корекції психологічних та клінічних змін.

Пацієнти та методи. У дослідження включено 128 жінок із серцево-судинними захворюваннями I класу WHO, в яких під час вагітності діагностовано варикозну хворобу та яким призначено запропонований комплекс лікувально-профілактичних заходів (основна група). Групу порівняння становили 64 жінки із серцево-судинними захворюваннями I класу WHO, які отримували рутинні заходи. Усім жінкам проведено УЗД поверхневих вен і прохідності глибоких вен нижніх кінцівок, оцінку параметрів згортувальної системи крові. У роботі з жінками використано методики тілесно-орієнтованої терапії, музикотерапії, дихальні практики та індивідуальні бесіди з клінічним психологом. У дослідженні використано самостійно розроблену анкету щодо самооцінки емоційного та фізичного стану жінки, опитувальник PHQ 9 для скринінгової діагностики депресивного стану, опитувальник Спілбергера—Ханіна для діагностики особистісної та реактивної тривожності, опитувальник SF36 для оцінки якості життя.

Результати. Проведення комплексного психологічного супроводу вагітності в жінок із серцево-судинними захворюваннями і варикозною хворобою дозволяє на ранньому етапі виявити певні порушення психоемоційного стану таких жінок і розробити програму психокорекції.

Застосування венотоніку Флебодія 600, який має антиоксидантну та гемореологічну активність, цілеспрямований тонізуючий вплив на периферичні вени, а також системний венотонічний ефект, в основній групі пацієнток сприяє не лише поліпшенню функціонування вен, але й, за рахунок подолання порушень мікроциркуляції, мінімізує виникнення певних акушерських ускладнень, у тому числі гіпертензивних розладів і загрози переривання вагітності.

Висновки. З урахуванням мультифакторності виникнення варикозної хвороби під час вагітності, а також необхідності розробки комплексного підходу до профілактики та лікування судинних розладів у жінок із серцево-судинною патологією науково обґрунтовано та розроблено комплекс лікувально-профілактичних заходів із включенням санологічних, медичних і психологічних складових, що сприяло поліпшенню якості життя жінок під час вагітності та в післяпологовому періоді.

Ключові слова: вагітні, високий кардіологічний ризик, варикозна хвороба.

Quality of life assessment in women with high risk of cardiologic and varicose vein diseases in postpartum period

V.V. Baranova, A.Yu. Limanskaya, I.V. Davydova

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Objective is to assess the quality of life of the high-risk patients of cardiologic and varicose vein diseases in postpartum period; to establish the physical and psychological profile of women in the first months after childbirth; to develop a comprehensive approach to the correction of psychological and clinical changes.

Material and methods. The research included 128 women with cardiovascular diseases of grade I according to WHO, in whom across the pregnancy varicose vein disease was diagnosed and they were administered the proposed complex of medical-preventive measures (the main group). The comparison group comprised 64 women with cardiovascular diseases of grade I (WHO), who received a routine treatment. All women were provided ultrasound of superficial veins and patency of deep veins of lower extremities, blood coagulation analyses. The methods of body-oriented therapy, music therapy, breathing techniques and individual counselling of clinical psychologist are used in management of these women. In this research the self-developed questionnaire on the women's self-esteem of emotional and physical condition, the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 for screening diagnostics of depression, Spielberger-Khanin Anxiety Scale to identify personal and state anxiety, the questionnaire SF36 for assessment of the quality of life were used.

Results. Comprehensive psychological follow-up of the pregnant women with cardiovascular and varicose vein diseases allows detecting the certain violations of psychoemotional status at an early stage of such women and establishing the program of psychocorrection.

The use of vein tonic Phlebodia 600, which has antioxidant and haemorheologic effects, tonic influence on peripheral veins, as well as system venotonic effect; in the main group it contributes not only to the improving of vein functioning, but due to overcoming the violations of microcirculation, it minimizes the emergence of certain obstetrical complications, including hypertension and threatening miscarriage.

Conclusions. Taking into account the set of factors of varicose vein disease origin across the pregnancy, as well as the need to develop a comprehensive approach to the prevention and treatment of vascular disorders in women with cardiovascular pathology, there was scientifically substantiated and developed a complex of medical and preventive measures using sanological, medical and psychological components, which contributed to the improvement of the quality of life of women across the pregnancy and in postpartum period.

Key words: pregnant women, high cardiologic risk, varicose disease.

Оценка качества жизни у женщин высокого кардиологического риска с варикозной болезнью в послеродовом периоде

В.В. Баранова, А.Ю. Лиманская, Ю.В. Давыдова

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

Цель — оценить качество жизни пациенток высокого кардиологического риска и с варикозной болезнью в послеродовом периоде; установить физический и психологический профиль женщин в первые месяцы после родов; разработать комплексный подход к коррекции психологических и клинических изменений.

Пациенты и методы. В исследование включены 128 женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями I класса WHO, у которых во время беременности диагностирована варикозная болезнь и которым назначен предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий (основная группа). Группу сравнения составили 64 женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями I класса WHO, которые получали рутинные мероприятия. Всем женщинам проведено УЗИ поверхностных вен и проходимости глубоких вен нижних конечностей, оценку параметров свертывающей системы крови. В работе с женщинами использованы методики телесно-ориентированной терапии, музыкотерапии, дыхательные практики и индивидуальные беседы с клиническим психологом. В исследовании использована самостоятельно разработанная анкета относительно самооценки эмоционального и физического состояния женщины, опросник PHQ 9 для скрининговой диагностики депрессивного состояния, опросник Спилбергер—Ханина для диагностики личностной и реактивной тревожности, опросник SF36 для оценки качества жизни.

Результаты. Проведение комплексного психологического сопровождения беременности у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями и варикозной болезнью позволяет на раннем этапе выявить определенные нарушения психоземotionalного состояния таких женщин и разработать программу психокоррекции.

Применение венотоника Флебодиа 600, который имеет антиоксидантную и гемореологическую активность, целенаправленное тонизирующее влияние на периферические вены, а также системный венотонический эффект, в основной группе пациенток способствует не только улучшению функционирования вен, но и, за счет преодоления нарушений микроциркуляции, минимизирует возникновение определенных акушерских осложнений, в том числе гипертензивных расстройств и угрозы прерывания беременности.

Выводы. С учетом мультифакторности возникновения варикозной болезни во время беременности, а также необходимости разработки комплексного подхода к профилактике и лечению сосудистых расстройств у женщин с сердечно-сосудистой патологией научно обоснован и разработан комплекс лечебно-профилактических мероприятий с включением санологических, медицинских и психологических составляющих, что способствовало улучшению качества жизни женщин во время беременности и в послеродовом периоде.

Ключевые слова: беременные, высокий кардиологический риск, варикозная болезнь.

Актуальність

Варикозне розширення вен нижніх кінцівок (ВВ) під час першої вагітності розвивається приблизно у 30–40% жінок, які не мали явищ тромбозу та ВВ до вагітності. Даний процес найчастіше відбувається в сафено-підколінній і сафено-стегновій ділянках, а також у перфорантних венах, які з'єднують поверхневі та глибокі венозні системи уздовж усієї довжини ніг, де є неадекватне венозне повернення [3, 6].

У більшості здорових жінок у післяпологовому періоді ВВ зазвичай має тенденцію до зникнення або зменшення розміру впродовж місяця. Дуплексне сканування стало еталоном неінвазивним дослідженням для підтвердження діагнозу та анатомічної і гемодинамічної оцінки венозних захворювань нижніх кінцівок [1, 6].

Високий рівень поширеності ВВ у вагітних пов'язаний зі збільшенням об'єму циркулюючої крові, модифікацією венозного тону гладких м'язів унаслідок дії високих рівнів прогестерону, обструкцією венозного повернення нижньої кінцівки через механічний тиск вагітної матки, зменшенням осмотичного тиску плазми і, нарешті, зі спадковою схильністю

(42%, якщо на ВВ страждає один із батьків вагітної, 89% — якщо обидва). Ізольований або кумулятивний ефект цих факторів під час вагітності призводить до венозного розтягнення та виникнення клапанної некомпетентності [3, 5, 6, 7].

Симптоми ВВ варіюються від сверблячки, набряків ніг до ниючого болю, нічних судом, парестезії. Усе це може приводити до неспокою, депресії, негативно впливати на якість життя.

Наразі існують опитувальники для кардіологічних, онкологічних, психіатричних, ендокринологічних пацієнтів. Однак не проводиться оцінка в акушерстві, хоча в клініці екстрагенітальної патології оцінка якості життя набуває унікального значення, адже до уваги береться не тільки адаптація вагітної в повсякденному житті, але й адаптація до основного захворювання, станів, які виникли після пологів, що чинить значний вплив на соматичний і психологічний стан пацієнтки [4].

Значна увага приділяється за останні роки застосуванню венотоніків під час вагітності. За даними французького епідеміологічного дослідження EFEMERIS (база даних стосовно прописаних та розподілених компенсаційних ліків під час вагітності) виявлено, що за три

роки 8998 жінок (24%, 1-ша група) отримали хоча б один рецепт для венотонічних засобів під час вагітності, у тому числі в період органогенезу в 1200 випадках. Найбільш широко використовувались діосмін, гесперидин і троксерутин. У результаті порівняння аналізу перебігу вагітності та її наслідків із такими для 27,963 жінок, яким ці препарати не були призначені під час вагітності (2-га група), доведено, що живонародження відбулось у першій групі в 98,4% проти 93,6% у другій, але ускладнення вагітності в першій групі становили 1,6% проти 6,4% (мимовільний викидень, позаматкова вагітність, внутрішньоутробна смерть плода). Ризики припинення вагітності (HR=0,71 (0,60–0,84)) та недоношеність (HR=0,82 (0,73–0,93)) залишалися значно нижчими в жінок, у яких застосовувалися венотоніки, водночас у групі новонароджених, матері яких отримали венотоніки під час органогенезу, частота мальформацій становила 3,4% порівняно з 3,0% у контрольній групі (ORa=1,134 (0,893–1,472)). Ризик неонатальних захворювань у 1-й групі не підвищувався 4,9% проти 6,1% у другій групі (ORa=1,07 (0,95–1,20)). Результати даного масштабного дослідження свідчать про відсутність негативного впливу застосування венотоніків під час вагітності на стан плода і новонародженого, перебіг та виходи вагітності [2].

У жінок із серцево-судинними захворюваннями необхідно мінімізувати можливий вплив інших негативних факторів, тому профілактиці ВВ у даній групі жінок слід приділяти окрему увагу.

На нашу думку, для даної групи жінок підхід до профілактики та лікування ВВ під час вагітності та в післяпологовому періоді має бути комплексним, таким, що включає психологічний, медичний супровід, що сприятиме значно підвищенню якості життя таких жінок.

Мета дослідження — оцінити якість життя пацієнток високого кардіологічного ризику та з варикозною хворобою в післяпологовому періоді; встановити фізичний та психологічний профіль жінок у перші місяці після пологів; розробити комплексний підхід до корекції психологічних та клінічних змін.

Матеріали та методи дослідження

У дослідження включено 128 жінок із серцево-судинними захворюваннями I класу ВНО, в яких під час вагітності діагностовано варикозну хворобу та яким призначено запро-

понований комплекс лікувально-профілактичних заходів (основна група). Групу порівняння становили 64 жінки із серцево-судинними захворюваннями I класу ВНО, які отримували рутинні заходи. Усім жінкам проведено УЗД поверхневих вен і прохідності глибоких вен нижніх кінцівок, оцінку параметрів згортувальної системи крові. Вагітні з діагностованим АФС і вродженими тромбофіліями, ті, які приймають антикоагулянтну терапію, до дослідження не включались. В обох групах жінки очікували на народження першої дитини.

Запропонований комплекс лікувально-профілактичних заходів включає: консультацію медичного психолога в другому триместрі вагітності; оцінку психоемоційного стану жінки; рекомендації стосовно компресійної білизни, застосування венотоніку Флебодія (1 таблетка вранці протягом 2 місяців). Усім жінкам рекомендовано у післяпологовому періоді стежити за візуальними змінами вен нижніх кінцівок, надано інформацію про небезпечні симптоми венозних ускладнень, які свідчать про запальні та тромботичні захворювання, надано рекомендації з характеру харчування та рухового режиму, розвантаження нижніх кінцівок під час сидіння, масажу, регуляції надмірної ваги, набраної під час вагітності. Усім жінкам надано опитувальники для самооцінки стану.

Жінкам як основної, так і контрольної груп запропоновано заповнити стимульний матеріал та в подальшому жінкам основної групи пройти програму психофізіологічної реабілітації. Група порівняння вела звичний спосіб життя вагітної та породіллі, не використовувала методів психокорекції та реабілітації. Розроблена групова програма психологічного підтримку розрахована на два місяці по два дні на тиждень. Після закінчення програми проведено тестування для визначення ефективності медичного та психологічного супроводу.

У своїй роботі з жінками використано методи тілесно-орієнтованої терапії, музикотерапії, дихальні практики та індивідуальні бесіди з клінічним психологом. Індивідуальні бесіди з клінічним психологом дають змогу визначити точки опори психокорекції та оцінювати проміжні результати психотерапевтичної роботи.

Повторне дослідження проведено через чотири тижні після пологів. Такий термін обрано для проходження первинної адаптації після пологів, налагодження грудного вигодовування

Таблиця 1

**Перебіг вагітності та пологів
у жінок досліджуваних груп (%)**

Параметр	Основна група (n=128)	Група порівняння (n=64)
Народження в терміні 37–40 тижнів	94,5	90,6
Народження дітей з оцінкою за шкалою Апгар нижче 7 балів на 1 хв.	4,03*	10,9
Прееклампсія	3,9**	12,5
Загроза переривання вагітності	9,3**	23,4
Загроза передчасних пологів	7,03*	17,2
Абдомінальне розродження	8,6*	17,2
Епізіотомія	7,03*	15,6

Примітки: * – різниця показників щодо групи порівняння достовірна, $p < 0,05$; ** – різниця показників щодо групи порівняння достовірна, $p < 0,001$.

та уникнення впливу первинного гормонального фону на психологічний та емоційний стан.

У дослідженні використано самостійно розроблену анкету щодо самооцінки емоційного та фізичного стану жінки, опитувальник PHQ 9 для скринінгової діагностики депресивного стану, опитувальник Спілбергера–Ханіна для діагностики особистісної та реактивної тривожності, опитувальник SF36 для оцінки якості життя.

Опитувальник SF36, для оцінки якості життя відображає загальний стан та ступінь задоволеності різними, важливими для людини, сторонами життєдіяльності, на які впливає стан здоров'я. Анкета містить 36 запитань, згрупованих у 8 шкал: фізичне функціонування (PF); рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP); больові відчуття (BP); загальний стан здоров'я (GH); життєздатність (суб'єктивна оцінка своїх сил та життєвої енергії) (VT); соціальне функціонування (SF); рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE); психічне здоров'я (MH). Шкала балів становить від 0 до 100, чим вищий показник, тим краща оцінка рівня життя пацієнта. Загальна кількість балів визначає дві групи життя пацієнта: фізичний та психологічний компонент здоров'я (PH та MH).

Опитувальник PHQ 9 є скринінговою методикою для діагностики депресії та стану здоров'я, містить 9 запитань, які стосуються

Таблиця 2

**Основні скарги пацієнок
у післяпологовому періоді (%)**

Скарги	Основна група (n=128)	Група порівняння (n=64)
Емоційна лабільність	42,9*	84,3
Порушення сну	43,8*	75,0
Відчуття втоми	32,9*	81,3
Невдоволеність власним тілом	14,1*	25,0
Больові відчуття в нижніх кінцівках	8,6*	23,4
Посилення симптомів ВВ	7,1*	19,8

Примітка: * – різниця показників щодо групи порівняння достовірна ($p < 0,05$).

Таблиця 3

**Рівень тривожності за методикою
Спілбергера–Ханіна (%)**

Тривожність	Основна група (n=128)	Група порівняння (n=64)
Особистісна	48,4	59,3
Реактивна	38,3	46,8

загального стану пацієнта та емоційної складової.

Опитувальник Спілбергера–Ханіна містить два блоки запитань щодо діагностики реактивної та особистісної тривоги, кожен блок складається з 20 запитань.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано поінформовану згоду жінок.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз перебігу вагітності та пологів наведено в таблиці 1.

Як видно з даних таблиці 1, у жінок основної групи значно менша частота ускладнень перебігу вагітності, пологів та порушень стану новонародженого. Привертає увагу значно нижчий показник частоти прееклампсії та загрози переривання вагітності в основній групі. Це може бути пов'язане саме з комплексністю підходу:

Таблиця 4

**Результати оцінки депресивності
за методикою PHQ 9 (%)**

Показник	Основна група (n=128)	Група порівняння (n=64)
Пограничні значення	21,8	39,1
Депресивність	0,8	6,3

Таблиця 5

Оцінка якості життя жінок досліджуваних груп до початку імплементації комплексу лікувально-профілактичних заходів

Показник	Основна група	Контрольна група
Фізичне функціонування	48±2,4	51±2,1
Рольове функціонування (фізичний аспект)	53±3,1	51±2
Біль	57±3,2	54±1
Загальний стан здоров'я	61±3,2	60±3,1
Життєздатність	59±3,2	58±2,4
Соціальне функціонування (психічний аспект)	56±2,8	58±2
Психічне здоров'я	68±3,6	53±3,4

Таблиця 6

Оцінка якості життя жінок досліджуваних груп після проведення комплексу лікувально-профілактичних заходів

Показник	Основна група	Група порівняння
Фізичне функціонування	68±2,4*	41±2,1
Рольове функціонування (фізичний аспект)	53±3,1*	32±2,3
Біль	12±3,2**	54±1
Загальний стан здоров'я	61±3,2*	32±3,1
Життєздатність	79±3,2**	34±2,4
Соціальне функціонування (психічний аспект)	78±2,1*	54±2,1
Психічне здоров'я	78±3,1*	53±3,4

Примітки: * – різниця показників щодо групи порівняння достовірна, $p < 0,05$; ** – різниця показників щодо групи порівняння достовірна, $p < 0,001$.

поєднання ангіопротекторних властивостей препарату Флебодія (позитивний вплив на мікроциркуляцію, блокування вироблення вільних радикалів, поліпшення лімфотоку, значний вплив на венозне повернення) і поліпшення психоемоційного стану вагітних у результаті проведення психологічного супроводу вагітної дослідченим медичним психологом.

На першому етапі дослідження проведено аналіз основних скарг пацієнток у післяпологовому періоді (табл. 2).

За даними таблиці 2, післяпологовий період є як фізіологічним, так і психологічним випробуванням для жінки. Однак в основній групі достовірно нижча частота симптомів перевтоми, невдоволеності власним тілом, больових відчуттів. Слід зазначити, що в основній групі жінок майже удвічі нижча частота проведення оперативного розродження та застосування епізіотомії, що позитивно впливає на післяпологову адаптацію.

Аналіз рівня тривожності свідчить про завищені показники реактивної та особистісної тривожності, що пов'язано з новою соціальною роллю матері, а також наявністю фізичного дискомфорту, пов'язаного з проявами ВВ. Слід зазначити, що в основній групі відмічається позитивна тенденція до зниження рівня тривожності (табл. 3).

За результатами опитування за скринінговою методикою PHQ 9, у жінок досліджених груп відмічаються як субдепресивні, так і депресивні стани, однак в основній групі ці показники достовірно нижчі (табл. 4).

Особливу увагу ми приділили визначенню якості життя пацієнток. Оскільки саме це дослідження є основним в оцінці якості клінічної

та психологічної терапії. Результати первинного (до початку лікування та психокорекції) обстеження наведено в таблиці 5.

Як видно з даних таблиці 5, стартові показники в обох групах майже однакові.

Результати оцінки якості життя жінок основної групи та групи порівняння після проведеного комплексу лікувально-профілактичних заходів наведено в таблиці 6.

Суб'єктивна оцінка власного стану та функціональної спроможності, соціалізації в жінок основної групи значно підвищилась. Водночас показники групи порівняння були навіть гіршими, ніж під час вагітності.

Висновки

Варикозна хвороба нижніх кінцівок під час вагітності має мультифакторну природу, її частота становить 30–40%, що потребує розробки комплексу лікувально-профілактичних заходів під час вагітності та в постнатальному періоді, включаючи зміни способу життя, проведення медикаментозного лікування і психологічного супроводу вагітної та породіллі.

У жінок високого кардіологічного ризику та ВВ при першій вагітності необхідно проводити УЗД вен нижніх кінцівок із метою оцінки функціонального стану поверхневих вен та прохідності глибоких вен, що дасть змогу належним чином проводити комплекс лікувально-профілактичних заходів щодо ВВ.

Застосування венотоніку Флебодія 600, який має антиоксидантну та гемореологічну активність, цілеспрямований тонізуючий вплив на периферичні вени, а також системний венотонічний ефект, у даній групі пацієнток сприяє не лише поліпшенню функціонування вен, але й, за

рахунок подолання порушень мікроциркуляції, мінімізує виникнення певних акушерських ускладнень, у тому числі гіпертензивних розладів і загрози переривання вагітності.

Проведення комплексного психологічного супроводу вагітності в жінок із серцево-судинними захворюваннями і ВВ дозволяє на ранньому етапі виявити певні порушення психоемоційного стану таких жінок і розробити програму психокорекції.

Урахування мультифакторності виникнення ВВ під час вагітності, усвідомлення необхідно-

сті розробки комплексного підходу до профілактики та лікування судинних розладів у жінок із серцево-судинною патологією обумовило наукове обґрунтування та розробку комплексу лікувально-профілактичних заходів із включенням санологічних, медичних і психологічних складових, що сприяло поліпшенню якості життя жінок під час вагітності та в післяпологовому періоді.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Biomechanical response of varicose veins to elastic compression: a numerical study / C.P. Rohan, P. Badel, B. Lun [et al.] // J. Biomech. — 2013. — Vol. 46 (3). — P. 599—603.
2. First epidemiological data for venotonics in pregnancy from the EFEMERIS database / I. Lacroix, A.B. Beau, C. Hurault-Delarue [et al.] // Phlebology. — 2016. — Jun.; Vol. 31 (5). — P. 344—348.
3. Goulart V.B. Anatomical and physiological changes in the venous system of lower limbs in pregnant women and findings associated with the symptomatology / V.B. Goulart, A.C.V. Cabral, Z. Reis // Arch. Gynecol. Obstet. — 2013. — Vol. 288. — P. 73—78. Google Scholar CrossRef, Medline.
4. Hemodynamic changes at the saphenofemoral junction during the application of a below-knee graduated compression stocking / C.R. Lattimer, M. Azzam, E. Kalodiki, G. Geroulakos // Dermatol. Surg. — 2012. — Vol. 38 (12). — P. 1991—1997.
5. Lohr J.M. Venous disease in women: epidemiology, manifestations, and treatment / J. M. Lohr, R.L. Bush // J. Vasc. Surg. — 2013. — Vol. 57. — 37S—45S. Google Scholar CrossRef, Medline.
6. Postpartum Varicose Veins: Supplementation with Pycnogenol or Elastic Compression-A 12-Month Follow-Up. / G. Belcaro, M. Dugall, R. Luzzi [et al.] // Int. J. Angiol. — 2017. — Mar.; Vol. 26 (1). — P. 12—19. doi: 10.1055/s-0033—1363784. Epub 2014 May 29.
7. Ropacka-Lesiak M. Risk factors for the development of venous insufficiency of the lower limbs during pregnancy-part 1 [in Polish] / M. Ropacka-Lesiak, J. Kaspercak, G.H. Breborowicz // Ginekol. Pol. — 2012. — Vol. 83 (12). — P. 939—942.

Сведения об авторах:

Баранова В.В. — ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8
Лиманская Алиса Юрьевна — к.мед.н., врач терапевт высшей категории акушерского отделения экстрагенитальной патологии беременных и постнатальной реабилитации ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 484-18-71.
Давыдова Юлия Владимировна — д.мед.н., магистр государственного управления, зав. акушерским отделением экстрагенитальной патологии беременных и постнатальной реабилитации ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 484-18-71.

Статья поступила в редакцию 10.06.2017 г.

ПОЛІЖИНАКС

Склад: 1 капсула вагінальна містить неоміцину сульфат 35 000 МО, поліміксину В сульфат 35 000 МО, ністатин 100 000 МО.

Фармакотерапевтична група. Протимікробні та антисептичні засоби для застосування у гінекології. Антибіотики. Ністатин, комбінації. Код АТХ G01A A51.

Показання. Лікування вагініту, спричиненого чутливими до препарату мікроорганізмами, у тому числі:

- бактеріальний вагініт, спричинений банальною піогенною мікрофлорою;
- рецидивуючий неспецифічний вагініт;
- вагініт, спричинений грибами роду *Candida* (*Candida albicans* і *Candida non-albicans*);
- вагініт, спричинений змішаною інфекцією.

З метою профілактики інфекційних ускладнень Полжінакс рекомендується застосовувати перед початком будь-якого хірургічного втручання на статевих органах, перед аборт, встановленням внутрішньоматкового засобу, перед і після діатермокоагуляції шийки матки, перед проведенням внутрішньоматкових та внутрішньоуретральних обстежень, перед пологами.

Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого компонента (комбінації компонентів) препарату. Через наявність олії соєвої Полжінакс протипоказаний пацієнтам з алергією до сої та арахісів.

Застосування у період вагітності або годування груддю. У клінічних дослідженнях Полжінаксу на даний час не було відзначено та не повідомлялося про випадки виникнення вад розвитку або фетотоксичності. Спостережень за вагітністю, що за-

знала впливу цього лікарського засобу, недостатньо, щоб виключити будь-який ризик. Тому застосування препарату у період вагітності можливе лише за призначенням лікаря у тих випадках, коли очікувана користь для матері перевищує потенційний ризик для плода.

Через відсутність даних щодо проникнення препарату у грудне молоко застосування цього препарату слід уникати у період годування груддю.

Спосіб застосування та дози. Дорослим застосовувати інтравагінально ввечері перед сном 1 капсулу на добу. Курс лікування – 12 дб, профілактичний курс – 6 дб. Не слід переривати курс лікування під час менструації.


Категорія відпуску. За рецептом.
Виробник. Іннотера Шузі, Франція/Innothera Chouzy, France.

флебодія

600 МГ діосмін

Дві проблеми – одне рішення!

Пролонгована дія



Полегшення симптомів лімфовенозної недостатності ^{1,2,3}
біль • тяжкість • трофічні розлади

1 таблетка
на добу



Швидке зменшення симптомів геморою ^{3,4,5,6}
біль • набряк • кровотеча

3 таблетки
на добу



Флеботонік та ангіопротектор³

1. R. Barbe Etude de la durée d'action du Diovenor avec contrôle par pléthysmographie. Tribune médicale, 1988, n°270, p49-50.
2. Cazaubon M. et al. Etude comparative d'acceptabilité, de cacité et de tolérance de deux formes galéniques de diosmine 600 mg, dans le traitement des symptômes de la maladie veineuse chronique. Angiologie, 2011, vol.63, n°2.
3. SmPC Phlebodia 600 mg (diosmin). Im-coated tablet.
4. Chauvenet M, Libeskind M. Intérêt de la diosmine d'hémisynthèse dans la poussée hémorroïdaire aiguë. Essai multicentrique randomisé en double insu versus placebo. Rev Fr Gastro-Enterol 1994 ; 303 : 3-8.
5. Kecmanovic D, et al - The use of Phlebodia® in the management of bleeding non-prolapsed haemorrhoids. Acta Chirurgica Iugoslavica 2005; 52, 1, 115-116
6. Debien P, Denis J. Traitement des signes fonctionnels de la crise hémorroïdaire aiguë: Essai multicentrique, randomisé, diosmine d'hémisynthèse versus association extrait de Ginkgo biloba-heptaminol troxérutine. Med Chir Dig 1996 ; 25 (5) : 259-64.

Склад лікарського засобу: 1 таблетка містить діосмін, що відповідає діосміна безводного чистого 600 мг. Фармакологічна група. Ангіопротектори. Капіляростабілізуючі засоби. Біофлавоноїди. Код АТС С05С А03. Показання для застосування: для полегшення симптомів, обумовлених лімфовенозною недостатністю, таких як відчуття тяжкості у нижніх кінцівках, біль, трофічні розлади; у комплексному лікуванні загострення геморою; як додатковий метод лікування підвищеної ламкості капілярів, порушення мікроциркуляції. Спосіб застосування та дози. Для перорального застосування. При хронічній лімфовенозній недостатності: 1 таблетка на день вранці перед сніданком. Тривалість курсу лікування визначає лікар залежно від перебігу захворювання. Тривалість лікування залежить від показань до застосування та від стадії захворювання. Середня тривалість лікування складає 2 місяці. При гострому геморої: 2-3 таблетки на день під час прийому їжі протягом 7 днів, у разі необхідності, лікування продовжують по 1 таблетці 1 раз на добу до 1 – 2 місяців. Якщо після лікування геморою залишилися симптоми захворювання, необхідно звернутися до проктолога для корекції лікування. Максимальна добова доза – 1800 мг (3 таблетки). Протипоказання. Підвищена чутливість до компонентів препарату, особливо у пацієнтів, сильних до алергічних реакцій на кошеніль червону А (E 124). Препарат звичайно не рекомендується застосовувати у період годування груддю. Побічні ефекти. Можливі алергічні реакції, включаючи шкірні висипання, свербіж. Рідко можливі диспептичні розлади, головний біль. РП № UA/8590/01/01 Наказ МОЗ № 649 от 26.07.2013.

Матеріал для розповсюдження в рамках спеціалізованих семінарів, конференцій, симпозіумів з медичної тематики та у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників.

ПОЛІЖИНАКС®

Ністатин, Неоміцин, Поліміксин В

Унікальна комбінація широкого спектра дії для ефективного лікування вагініту*

3 активні речовини*

Ністатин
Неоміцин
Поліміксин В

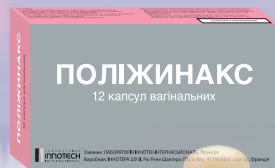
Бактерії
Грам +



Бактерії
Грам -

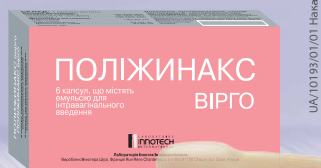


Гриби роду
Candida



ПОЛІЖИНАКС

Застосовувати інтравагінально ввечері перед сном 1 капсулу на добу. Курс лікування - 12 днів, профілактичний курс - 6 днів.



ПОЛІЖИНАКС ВІРГО

Для застосування у дитячій гінекологічній практиці.

Візьміть 1 капсулу вводити інтравагінально (спереду кінець капсули) перед сном протягом 6 днів після.

UA/10193/01/01 Навес МОЗ №1019/01/2014

Лікування вагініту, спричиненого чутливими мікроорганізмами:*

- бактеріальний вагініт;
- рецидивуючий неспецифічний вагініт;
- вагініт, спричинений грибами роду *Candida* (*Candida albicans* і *Candida non-albicans*).

Профілактика інфекційних ускладнень:*

- перед встановленням внутрішньоматкового засобу, абортom;
- перед і після діатермокоагуляції шийки матки;
- перед пологами.