

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С
ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ
ДИОСМИН**

Хамдамова Э.Г

Муминов А.А

Умарова Бибихонум Азимжон кизи

Хронические заболевания вен нижних конечностей являются одной из наиболее распространенных медицинских проблем в общей популяции. Беременность стоит в ряду ведущих причин развития венозной недостаточности у женщин вследствие обструкции венозного оттока беременной маткой и прогрессирующего воздействия гормонов плаценты на сосудистую стенку (1)

Варикозная болезнь нижних конечностей (ВБ) считается наиболее распространенной сосудистой патологией и встречается у 20—64% населения, при этом женщины страдают этим недугом в 1,5—2 раза чаще мужчин. Как свидетельствуют данные зарубежных авторов, ежегодный прирост числа новых случаев ВБ в женской популяции экономически развитых стран достигает 2,6%. По мнению большинства специалистов, беременность служит ведущей причиной развития варикозного синдрома у женщин, который приводит к хронической венозной недостаточности (ХВН) и отеку нижних конечностей (1)

При хирургических вмешательствах отмечают нарушение сосудистой стенки и выброс большого количества тканевого фактора в кровоток, способствуя тромбообразованию, поэтому профилактика развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) является одной из важнейших и актуальных задач в современной хирургии. Однако, даже несмотря на проводимую профилактику, после операций на органах брюшной полости ВТЭО встречаются в 3–5% случаев, при этом до 70–75% тромбозов глубоких вен нижних конечностей после общехирургических операций протекают бессимптомно, зачастую единственным клиническим проявлением является тромбоэмболия [4]

Основным триггером дегенеративно-дистрофических изменений в венозной стенке у беременных служит избыточная продукция стероидных гормонов плаценты и в большей степени прогестерона, концентрация которого к концу беременности возрастает в 250 раз. Известно, что под влиянием прогестерона (в сочетании с релаксином) растяжимость вен увеличивается до 150%. Так, в I триместре беременности венэктазия отмечается приблизительно у 30% женщин, во II — более чем у 50%, и в III — во всех наблюдениях. На фоне повышения емкостных характеристик венозного русла нижних конечностей и

малого таза физиологический прирост объема циркулирующей крови достигает 20—30%, что усугубляет проявления венозной гипертензии (1)

Начиная со второй половины беременности (в сроке 20—22 нед), растущие матка и плод вызывают компрессию подвздошных вен и забрюшинных коллекторов, а ближе к сороковой неделе создают наибольшее давление: в положении беременной на спине или на правом боку матка

может полностью перекрыть просвет НПВ. Затруднение венозного оттока и увеличение (в 2—3 раза) давления в венах нижних конечностей создают дополнительные предпосылки к дилатации поверхностных и глубоких вен и возникновению несостоятельности клапанного аппарата. Сдавление подвздошных вен и НПВ объясняет этиопатогенез варикоэла вульвы, который возникает преимущественно в последнем триместре беременности (1)

Исследования лабораторных параметров свертывающей системы крови показали, что их изменения могут наблюдаться в течение достаточно длительного периода после хирургического вмешательства – до 30–35 сут, высокий риск развития тромбоэмболических осложнений сохраняется и в отсроченном послеоперационном периоде – более 91 дня с момента операции (1)

В настоящее время профилактику ВТЭО проводят всем пациентам, и большинство клинических рекомендаций относительно ведения послеоперационного периода указывает в качестве профилактики тромбозов и ТЭЛА введение гепаринов и применением препаратов, содержащих Диосмин (5). Диосмин является полусинтетическим флавоноидом, получаемым путем химической модификации другого флавоноида – ГСД (путем гидрогенизации его агликонной части), который, в свою очередь, выделяют из некоторых цитрусовых растений. После приема внутрь диосмин трансформируется в диосметин, впоследствии абсорбирующийся и эстерифицирующийся в конъюгаты глюкуронида, которые выводятся с мочой. Диосмин демонстрирует широкий спектр фармакологических эффектов, что позволяет рассматривать его как перспективное средство для лечения и профилактики венозной патологии. (2)

Несмотря на широкое клиническое применение, фармакокинетические параметры диосмина изучены недостаточно, что связано со сложностью количественного определения препаратов природного происхождения в биологических жидкостях (2)

Из-за активной метаболической трансформации и сложностей количественного определения установление периода полувыведения диосмина представляется сложной задачей. По результатам измерения концентрации диосметина в плазме крови после однократного перорального приема, период его полувыведения составляет около 11 ч [2]

Лекарственный препарат Венарус – комбинированный препарат ГСД и диосмина в стандартизированных дозировках (1 : 9) – производится в России. В отличие от МОФФ (микронизированная очищенная флавоноидная фракция) Венарус содержит оба компонента (ГСД и диосмин) в стандартизированной дозировке что гарантирует наличие прогнозируемого антиоксидантного и противовоспалительного эффектов ГСД в составе лекарственного средства Венарус. В клинических исследованиях Венарус обеспечивал значимый регресс проявлений ХЗВ, а также повышал качество жизни у пациентов с варикозной болезнью. Венарус улучшает эндотелиальную функцию и микроциркуляцию (2)

Венарус представляет собой мощный инструмент в лечении заболеваний венозной системы благодаря своим комплексным венотонизирующим и венопротективным свойствам. Применение препарата существенно улучшает качество жизни пациентов, страдающих от венозной недостаточности и связанных с ней состояний, способствуя облегчению боли [2]

Лекарственный препарат Венарус представляет собой фиксированную комбинацию ГСД и диосмина в стандартизированном соотношении 1 : 9. Это отличает Венарус от препаратов, содержащих диосмин в сочетании со смесью флавоноидов. (2)

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ЛИТЕРАТУРА:

1 . Медицинская профилактика и лечение беременных с варикозной болезнью © В.Я. ХРЫЩАНОВИЧ¹ , Н.Я. СКОБЕЛЕВА¹, 2 1 УО

«Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь; 2 Клинический родильный дом Минской области, Минск, Республика Беларусь

2. Собственные клинико-фармакологические эффекты гесперидина в лечении хронических заболеваний вен

Е.В. Ших, Е.Д. Хайтович

Кафедра клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО

“Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова” Минздрава России (Сеченовский университет)

3. Об использовании препаратов-флеботоников при ведении беременных с варикозной болезнью вен нижних конечностей В. В. Петров, К. В. Новиков, В. Г. Абашин Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

4. Современные методы профилактики тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде

М.В. Костюченко! ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва, Россия

5. Фармакотерапия при хронических заболеваниях вен — как рационально выбрать флеботропный препарат? К.м.н. О.Я. ПОРЕМБСКАЯ¹ *, к.м.н. И.М. КОСЕНКО²

ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины», Санкт-Петербург, Россия; ² кафедра фармакологии с курсом клинической фармакологии и фармакоэкономики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербург, Россия