

Вирішення проблеми варикозу в практиці сімейного лікаря

Кожен сімейний лікар зустрічає у своїй практиці велику кількість пацієнтів із варикозним розширенням вен (ВРВ) нижніх кінцівок, яке є як косметичною, так і медичною проблемою. ВРВ – широко розповсюджене захворювання: за даними популяційних досліджень, воно уражає 10-15% чоловіків і 20-25% жінок (Epidemiol Community Health, 1999). Більш недавні дослідження вказують на суттєве зростання поширеності ВРВ у країнах Західної Європи. Виявлено, що ця патологія має місце в 73% жінок і 56% чоловіків (Beebe-Dimmer J.L. et al., 2005).

ВРВ – хронічна патологія, що серйозно погіршує якість життя пацієнтів й асоціюється зі значними економічними витратами на лікування. До факторів ризику варикозної хвороби відносять ожиріння, артеріальну гіпертензію, куріння, сидячий спосіб життя, похилий вік, жіночу стать, велику кількість вагітностей, тромбоз глибоких вен і стоячу роботу. Також нові докази свідчать про спадкову схильність до ВРВ (Segiet O.A. et al., 2015).

Основні прояви ВРВ варіюють від незначно розширених поверхневих вен нижніх кінцівок до подовжених, розширених і звивистих вен унаслідок неспроможності венозних клапанів і порушень венозного кровотоку. Поширеним діагностичним критерієм діагностики ВРВ є виявлення під час огляду розширених (понад 4 мм) підшкірних вен, котрі доступні пальпації (Porter J.M. et al., 1995). Хворі, які страждають на ВРВ нижніх кінцівок, зазвичай звертаються до лікарів зі скаргами на біль, втому та високу температуру ураженої ділянки, що полегшуються шляхом підвищеного положення кінцівки або застосування компресійного трикотажу. Іноді пацієнти не виявляють у себе будь-яких неприємних відчуттів, однак звертаються до спеціалістів із наявністю вираженого косметичного дефекту.

Патогенез ВРВ дотепер остаточно не з'ясовано. Вважається, що основними причинами розвитку цього захворювання є підвищений венозний і капілярний тиск, висока проникність капілярів, хронічний набряк, повторюване запалення та стаз (Tuchsen V.F. et al., 2000). Ці зміни становлять основу патологічного ремоделювання судинної стінки та втрати нею тону.

Вибір методу лікування пацієнтів із ВРВ нижніх кінцівок залежить від ступеня тяжкості захворювання та включає хірургічне втручання, застосування малоінвазивних методик і консервативну терапію. Оперативне лікування пацієнтів із ВРВ передбачає перев'язку та видалення уражених вен. Показаннями до нього є значний больовий синдром, рецидивуючі флебіти та наявність значних змін шкіри. На жаль, хірургічна терапія пов'язана з високим ризиком післяопераційних ускладнень, що включають кровотечу, тромбофлебіт та інфекцію пахової ділянки (Lin F. et al., 2015). До нових неінвазивних хірургічних методів відносять радіочастотну абляцію (РЧА) й ендovenозну лазерну коагуляцію. Зокрема, РЧА вважається найновішою малоінвазивною методикою з низьким ризиком післяопераційних ускладнень, що часто застосовується з метою усунення косметичних дефектів. Склеротерапія також є відносно новим методом лікування первинного ВРВ нижніх кінцівок різного ступеня тяжкості. Цей спосіб передбачає застосування різноманітних розчинів, що забезпечують фіброз та облітерацію судини. Питання щодо використання вищеописаних оперативних і малоінвазивних методів лікування вирішується лише після детального огляду судинного хірурга.

Головною метою сімейного лікаря є виявлення хвороби на ранніх стадіях і попередження розвитку її ускладнень. Дотримання рекомендацій щодо адекватної дієти та ведення здорового способу життя значно уповільнюють ослаблення венозної стінки. Також усі пацієнти з початковими проявами ВРВ нижніх кінцівок повинні отримувати комплексне консервативне лікування, яке включає механічну компресію, місцеві та системні лікарські засоби. Механічна компресія передбачає застосування компресійного трикотажу і використовується при легких, малосимптомних формах ВРВ нижніх кінцівок. Відчуття дискомфорту та незручності є причиною низької

прихильності пацієнтів до цього методу. Основним напрямом безпечної й ефективної консервативної терапії пацієнтів із ВРВ нижніх кінцівок є застосування місцевих і системних лікарських засобів. Усе більшої популярності набуває використання клініцистами препаратів на основі агентів рослинного походження, серед яких значне місце посідають біофлавоноїди. Численними клінічними випробуваннями підтверджено ефективність цих речовин у лікуванні пацієнтів із хронічними захворюваннями вен. У дослідженні M. Cospite (1994) було виявлено високі флеботонічні, антиоксидантні, протизапальні та капіляропротекторні властивості біофлавоноїдів. Здатність останніх підвищувати венозний тонус була вивчена J. Duhault, в авторському дослідженні якого зафіксоване підвищення пристінкової активності норадреналіну на тлі застосування біофлавоноїдних препаратів. В експериментах на тваринах показана здатність цих речовин зменшувати активацію нейтрофілів, опосередковувати запалення та знижувати рівень розчинних молекул ендотеліальної адгезії судин (Smith P.D., 1999). Також біофлавоноїди можуть покращувати венозний тонус та еластичність, що було підтверджено зниженням маркерів ендотеліальної дисфункції та даними плетизмографії (Struckmann J.R. et al., 1999; Shoab S.S. et al., 1999). Додаткові клінічні випробування виявили значну ефективність біофлавоноїдів у лікуванні пацієнтів з хронічною венозною недостатністю, венозними виразками гомілки та гемороїдальними вузлами. Поряд із цим біофлавоноїди мають властивість надходити в місця, що характеризуються високим умістом глікозаміногліканів, наприклад у стінки капілярів. Ця особливість свідчить про здатність цих речовин зменшувати проникність капілярів і зміцнювати їхню стінку, покращувати судинну функцію та периферичний кровообіг (Harmand M.F. et al., 1978). У подвійному сліпому клінічному дослідженні J.Y. Dartenus і співавт. (1980) вивчали доцільність застосування препаратів на основі біофлавоноїдів у геріатричних пацієнтів із низькою резистентністю капілярів. Відзначалося значне поліпшення показників капілярного опору приблизно через 2 тиж більш ніж у половини учасників контрольної групи, а через 3 тиж максимального лікувального ефекту досягли всі хворі цієї групи.

Безпечно використання біофлавоноїдів у лікуванні пацієнтів із хронічними захворюваннями вен підтверджена великою кількістю клінічних випробувань. Результати одного масштабного дослідження підтвердили добру переносимість і низьку кількість протипоказань до застосування препаратів на основі біофлавоноїдів (Meuer O.C., 1994). У дослідженні M. Cospite (1994) виявлено здатність біофлавоноїдів знижувати вираженість суб'єктивних симптомів хронічних захворювань вен, а саме болю, відчуття стиснення та набряку. Зазначений клінічний ефект спостерігався в 75% пацієнтів лікувальної групи порівняно з 41% хворих, які отримували плацебо. Численні дослідження *in vitro* (Facino R.M. et al., 1995) продемонстрували здатність біофлавоноїдів гальмувати активність еластази та гіалуронідази, що беруть участь у ферментативних реакціях розпаду протеогліканів, унаслідок чого зменшуються набряк і запалення тканин.

Значні венотонізуючі, антиагрегантні, протизапальні та ранозагоювальні властивості має біофлавоноїд рутин, також відомий як кверцетин-3-О-рутинозид, або рутозид. Різноманітність фармакологічних ефектів пояснює широке використання рутину в складі лікарських засобів, що призначаються при хронічній патології вен нижніх кінцівок

та її ускладненнях. У дослідженнях *in vitro* (Chan et al., 2009) виявлено здатність рутину інгібувати фактор агрегації тромбоцитів, що знижує ризик тромбоутворення і попереджає ускладнення ВРВ. Дослідженням Selvaraj і співавт. (2014) підтверджено периферичний і центральний антиноцицептивний ефект рутину, що дозволяє застосовувати його в складі місцевих флеботонічних препаратів із метою полегшення больового синдрому у хворих, які страждають на ВРВ. У клінічних випробуваннях на тваринах, дизайн яких передбачав застосування рутину у вигляді гідрогелю, відзначалося зниження рівня оксидативного стресу в ділянці рани, а також зменшення площі ушкодження (Almeida et al., 2012). Подібна активність дозволяє використовувати рутозини з метою лікування пацієнтів із венозними виразками, що є частим ускладненням ВРВ. Включення рутинів до комплексного лікування хронічної венозної недостатності допомагає знизити венозну гіпертензію, при цьому побічна дія таких препаратів спостерігається вкрай рідко (Petruzzellis V. et al., 2002).

До місцевих флеботонічних лікарських засобів, основними складниками якого є рутозиди, належить Веногепанол 1000 (ПАТ НВЦ «Борщівський ХФЗ»). Цей препарат випускається у формі гелю, 1 г якого містить венорутинолу 20 мг, гепарину натрію 1000 МО та декспантенолу 30 мг. Завдяки численним фармакологічним ефектам Веногепанол 1000 протидіє тромбоутворенню, набрякам і запаленню, чинить венопротекторну дію. Венорутинол, що належить до біофлавоноїдів рутину, є відомим флеботоніком й ангиопротектором. Ця речовина має здатність зміцнювати стінку судин, знижувати проникність капілярів, підвищувати їхній тонус і, як наслідок, сприяти покращенню мікроциркуляції. Гепарин є одним з найпоширеніших антикоагулянтних препаратів із місцевими антитромботичними та протинабряковими властивостями, що дає підстави застосовувати його в складі комплексного лікування хворих на ВРВ нижніх кінцівок. Поряд з антикоагулянтними властивостями гепарин забезпечує профібринолітичний ефект, що сприяє тромболізу та реканалізації оклюзійних вен (Pavel P. et al., 2018). До того ж здатність гепарину підвищувати рівень оксиду азоту допомагає відновлювати порушений циркуляторний гомеостаз. Декспантенол сприяє регенерації тканин. Ця речовина поліпшує гідратацію рогового шару епідермісу, зменшує трансепідермальну втрату води та сприяє збереженню м'якості й еластичності шкіри, що було підтверджено в низці досліджень (Ebner F. et al., 2002; Camargo F. et al., 2017; Proksch E. et al., 2017).

Основні компоненти лікарського засобу Веногепанол 1000 дозволяють застосовувати цей препарат із метою попередження та лікування ВРВ, тромбозу і тромбофлебіту вен нижніх кінцівок, а також у терапії пацієнтів із тендовагінітами та закритими травмами м'язів і сухожилів. Капіляропротекторна та флеботонізуюча дія дає змогу зменшити вираженість неприємних суб'єктивних симптомів, що супроводжують захворювання вен нижніх кінцівок. Препарат слід наносити тільки на неушкожені ділянки шкіри.

Отже, адекватна комплексна терапія є запорукою успішного ведення пацієнтів із варикозною хворобою вен нижніх кінцівок. Ефективним місцевим лікарським засобом, що використовується при веденні хронічних захворювань вен та їхніх ускладнень, є Веногепанол 1000. Комбінація гепарину натрію, венорутинолу та декспантенолу дозволяє пришвидшити процес одужання за рахунок впливу на основні ланки патогенезу захворювань вен – набряк, тромбоз та запалення. Таким чином, Веногепанол 1000 є препаратом вибору для пацієнтів із ВРВ та іншими патологічними станами, що супроводжуються запаленнями і тромбозами.

Підготувала Лілія Нестеровська

VENOHEPANOL

ВЕНОГЕПАНОЛ

1000

Для профілактики та лікування
варикозного розширення вен



ПОКРАЩУЄ
МІКРОСУДИННУ ЦИРКУЛЯЦІЮ



ЗМІЦНЮЄ
СТІНКИ КАПІЛЯРІВ



СПРИЯЄ
РОЗРІДЖЕННЮ КРОВІ



ЧИНИТЬ
ПРОТИЗАПАЛЬНУ ДІЮ



ПІДВИЩУЄ
ВЕНОЗНИЙ ТОНУС



КОМПЛЕКС 5 ДІЙ
В ОДНОМУ ЗАСОБІ

Коротка інформація про лікарський засіб Веногепанол 1000. Склад: 1 г гелю містить венорутинолу 20 мг, гепарину натрію 1000 МО, декспантенолу 30 мг. Лікарська форма. Гель. Фармакотерапевтична група. Ангіопротектори. Засоби, які застосовують при варикозному розширенні вен. Гепарин, комбінації. Код АТХ C05B A53. Фармакологічні властивості: антитромботичний, протинабряковий засіб із протизапальним, вено- та капіляротонізуючим ефектом для зовнішнього застосування. Показання. Попередження та зменшення вираженості втоми, важкості, болю, набряку та кількості судом нижніх кінцівок, спричинених хронічними захворюваннями вен; профілактика та лікування варикозного розширення вен, тромбозу глибоких вен, тромбофлебіту поверхневих вен нижніх кінцівок, флебіту після внутрішньовенних інфузій; реабілітація після оперативних втручань, лазерної абляції, склерозуючої терапії при варикозній хворобі; тендовагініти, травми м'язів та сухожиль (у т.ч. спортивні) без порушення цілісності шкірних покривів; рубцеві індурації та зовнішні запальні процеси без порушення цілісності шкіри. Протипоказання. Індивідуальна підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату, інфіковані рани та інше. Спосіб застосування: наносити на неушкоджену шкіру 1–3 рази на добу. Побічні реакції: гіперемія, подразнення шкіри, кропив'янка. Упаковка. По 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці. Категорія відпуску. Без рецепта. Виробник. ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ». Україна, 03134, м. Київ, вул. Миру, 17. Тел: (044) 205-41-23; 497-71-40. www.bcrr.com.ua. Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Повна інформація про лікарський засіб в інструкції для медичного застосування РП МОЗ України № UA/16813/01/01 від 06.07.2018.

