

М.Ю. ЗИЛЬБЕР, д.м.н., профессор, Научный центр молекулярно-генетических исследований «ДНКМ», клиника ООО «МЕДГОРОД», г. Екатеринбург
А.А. ВОЛКОВА, к.м.н., ООО МФЦ «Гармония», г. Екатеринбург

Опыт консервативного лечения и профилактики хронической венозной недостаточности клинических классов C0-C3 у беременных

В исследовании проведена сравнительная оценка консервативной терапии беременных, страдающих хронической венозной недостаточностью (ХВН) клинических классов C0-C3 (по международной классификации хронических заболеваний вен CEAP). Пациентки группы сравнения (n = 52) получали немедикаментозную терапию (компрессионный трикотаж) на протяжении всей беременности и курсы флебопротекторов (препарат на основе эсцина) 1 раз в триместр, со II триместра беременности. Пациенткам основной группы (n = 52) лечение проводилось с учетом клинического класса ХВН. Было установлено, что коррекция ХВН у беременных с учетом клинического класса достоверно профилактирует прогрессирование заболевания, а также достоверно улучшает течение гестации на поздних сроках за счет снижения частоты преэклампсии, нарушений маточно-плацентарного кровотока и синдрома задержки развития плода.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность, беременность, профилактика, консервативное лечение

М.У. ZILBER¹, MD, Prof., **A.A. Volkova**², PhD in medicine

¹ Scientific Center of Molecular and Genetic Studies DNCOM, Clinic LLC MEDGOROD, Yekaterinburg

² MFC Garmoniya LLC, Yekaterinburg

EXPERIENCE OF CONSERVATIVE TREATMENT AND PREVENTION OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY OF CLINICAL CLASSES C0-C3 IN PREGNANT

The comparative evaluation of conservative therapy of pregnant women suffering from chronic venous insufficiency (CVI) of clinical classes C0-C3 (according to the international classification of chronic vein diseases CEAP) was conducted in the study. Patients of the comparison group (n = 52) received non-drug therapy (compression knitwear) throughout pregnancy and phleboprotector courses (escin-based medication) 1 time per trimester, from the second trimester of pregnancy. Patients of the main group (n = 52) were treated with clinical grade of CVI. It was found that the correction of CVI in pregnant women in the clinical class significantly prevents the progression of the disease, and significantly improves the course of gestation in later periods, due to a decrease in the frequency of preeclampsia, disorders of uteroplacental blood flow and fetal development retardation syndrome.

Keywords: chronic venous insufficiency, pregnancy, prevention, conservative treatment

Введение

В структуре экстрагенитальной патологии при гестации значимое место занимает хроническая венозная недостаточность (ХВН). Это заболевание диагностируется более чем у трети беременных [2]. Хотя не все механизмы патогенеза ХВН раскрыты на сегодняшний день, установлено, что женщины, имевшие беременность в анамнезе, на 82% чаще сталкиваются с варикозным расширением вен по

сравнению с никогда небеременевшими [6]. Наличие ХВН во время беременности повышает вероятность развития плацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода, несвоевременного излития околоплодных вод и ряда других патологий гестации. Кроме того, при выраженной ХВН возрастает риск жизнеугрожающих венозных тромбозмболических осложнений (ВТЭО), которые вносят весомый вклад в статистику материнской смертности [3].

Современный подход к оценке выраженности ХВН предполагает использование международной классификации CEAP, которая учитывает клинические проявления (C — clinic), этиологию (E — etiology), анатомическую локализацию (A — anatomy) и патогенез (P — pathogenesis) заболевания. В разделе «C» (клинические проявления) производится разделение ХВН не на степени, следующие в порядке нарастания тяжести патологического процесса, а на классы (от 0 до 6) — по

ТАБЛИЦА. Международная классификация хронических заболеваний вен СЕАР (раздел С — клинические проявления)

Клинический класс	Симптомы
С0	Нет видимых симптомов ХЗВ, но есть жалобы — боль, тяжесть, утомляемость, чувство распирания, зуд, жжение, парестезии, ночные судороги
С1	Телеангиэктазии или ретикулярные вены
С2	Варикозно-измененные подкожные вены
С3	Отек
С4	Трофические изменения кожи и подкожных тканей
С5	Зажившая венозная язва
С6	Открытая (активная) венозная язва

преобладающему симптому, что позволяет более точно оценивать клинику ХВН у конкретного пациента [5]. Ранжирование заболевания на клинические классы позволяет подбирать оптимальную схему лечения, избегая полипрагмазии. Методы лечения ХВН разделяются на хирургические, фармакологические и немедикаментозные [7]. Хирургические вмешательства у беременных возможны лишь по строгим показаниям и мало распространены в рутинной практике. Широко внедрено использование компрессионного трикотажа как для профилактики прогрессирования ХВН при беременности, так и для предупреждения ВТЭО, в том числе во время родов и в послеродовом периоде. Терапия выбора при ХВН — флеботропные препараты (ФЛП) [1]. Согласно российским рекомендациям по лечению хронических заболеваний вен, во II и III триместрах беременности разрешен прием различных ФЛП, когда польза от их применения превосходит потенциальные негативные реакции. Выбор препаратов многообразен и определяется их эффективностью, безопасностью и наличием противопоказаний у конкретной пациентки [4].

Хорошие результаты использования компрессионной терапии, флеботоников системного и топического действия позволяют сделать предположение о целесообразности дифференцированной консервативной терапии хронической венозной недостаточности у беременных.

Цель исследования — оценить эффективность консервативного лечения беременных с ХВН при клинических классах заболевания С0-С3 по классификации СЕАР.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 2 группы беременных, общим числом 104. Методом конвертов пациентки были рандомизированы таким образом, чтобы в обеих группах было по 13 женщин с клиническими классами ХВН С0, С1, С2 и С3. Пациентки основной группы (n = 52) получали различную терапию — с учетом клинического класса ХВН по СЕАР, лечение беременных из группы сравнения проводилось без дифференцировки по классам. Критериями включения в исследование явились: 2 триместр беременности, одноплодная беременность, отсутствие противопоказа-

ний к приему ФЛП, отсутствие оперативных вмешательств на венах нижних конечностей, клинический класс ХВН С0-С3. Критерии исключения — 1 триместр беременности, многоплодная беременность, непереносимость ФЛП, флебэктомия в анамнезе, клинический класс ХВН С4-С6. Диагноз ХВН формулировался сосудистым хирургом. Класс заболевания устанавливался в соответствии с клиническим разделом международной классификацией хронических заболеваний (ХЗВ) вен СЕАР (табл.). На протяжении беременности все женщины были обследованы с использованием общеклинических, лабораторных и инструментальных методов в соответствии с Приказом №572н. Для статистической обработки полученных результатов использовались пакеты прикладных программ Microsoft® Excel 2002 и Stat Soft 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст беременных в группах был одинаковым и составил $29,13 \pm 6$ лет. Было отмечено увеличение частоты встречаемости сердечно-сосудистых заболеваний в пределах основной группы по мере нарастания класса клинических проявлений по СЕАР. Так, при клиническом классе ХВН С0 сердечно-сосудистая патология имела место у 4 (11,5%) беременных, а при С2 — у 9 (34,6%) ($p < 0,001$), при С3 — у 10 (38,5%) ($p < 0,001$). В отношении заболеваний других систем органов (желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы и эндокринной системы) не обнаружено достоверных различий, кроме заболеваемости эндокринной патологией в подгруппе С1 (7,7%) и С4 (11,5%), $p < 0,01$. В целом было установлено, что среди беременных с ХВН третьего клинического класса чаще встречаются все рассмотренные варианты соматических заболеваний, кроме

патологии мочевыделительной системы, которые больше распространены у женщин подгрупп С2 и С3. В группе сравнения преобладала патология желудочно-кишечного тракта (присутствовала у 17 (32,7%) беременных), часто встречались заболевания мочевыделительной системы (в 16 (30,7%) случаев) и несколько реже — сердечно-сосудистая патология — у 13 (25%) беременных. Эндокринная патология выявлялась значительно реже, чем в основной группе (в 1 (1,9%) случаев). В отношении репродуктивного анамнеза беременных в группах сравнения не было обнаружено значимых различий. У 7 (6,7%) обследованных женщин наблюдалось нарушение менструального цикла. Из заболеваний репродуктивной системы чаще всего выявлялся хронический аднексит — у 23 (22,1%), кисты яичников — у 16 (15,4%) женщин, хронический эндометрит — у 12 (11,5%) и миома матки у 4 (3,8%). По паритету беременные основной группы распределились следующим образом: 31 (59,6%) первородящих, 21 (40,4%) повторнородящих. В группе сравнения подобное распределение: 33 (63,5%) первородящих и 19 (36,5%) повторнородящих. Для достижения поставленной цели исследования в основной группе использовалась терапия ХВН с учетом клинического класса заболевания. Коррекция нарушений венозной системы проводилась путем сочетания лекарственных и немедикаментозных способов лечения. В группе сравнения проводилось недифференцированное лечение — компрессионный трикотаж 2 класса на протяжении всей беременности и растительный препарат на основе тиамин и эсцина курсами по 12 капель 3 раза в день в течение 3 недель — 1 раз в триместр (начиная со 2-го триместра беременности). В основной группе мы применили следующий алгоритм терапии ХВН: в подгруппе С0 применялся компрессионный трикотаж 2-го класса

компрессии (23—32 мм рт. ст.) ежедневно — на протяжении всей беременности; со 2 триместра — местная терапия гелем на основе эсцина — до 3 недель. При С1 проводилась терапия, как при С0, дополненная назначением венотоника по 12 капель 3 р/сут в течение 3 недель. С2 — лечение, как при С1, но венотоник — по 15 капель 3 р/сут в течение 1 месяца, курс проводился 1 раз в триместр. С3 — коррекция ХВН, как при С2, дополненная использованием антикоагулянтов, — низкомолекулярный гепарин по 0,3 мг 2 р/сут — 7 дней — при нарушениях в коагулограмме или при развитии осложнений (плацентарная недостаточность). Анализ течения гестации у пациенток с ХВН показал, что по ряду осложнений достоверных различий между сравниваемыми группами не наблюдалось. Так, угроза прерывания беременности в ранние сроки имела место у 8 (15,2%) пациенток из основной группы и у 10 (19,2%) пациенток группы сравнения, $p > 0,05$. Анемия наблюдалась, соответственно, у 12 (23,1%) и у 14 (26,9%), $p > 0,05$. В больших сроках беременности также не было выявлено достоверных различий в частоте угрожающих преждевременных родов. Это осложнение имело место среди беременных основной группы в 7 (13,5%) случаях, а в группе сравнения — в 9 (17,3%), $p > 0,05$. Умеренная преэклампсия в основной группе встречалась у 10 (19,2%) беременных, а в группе сравнения — у 12 женщин (23,1%), $p > 0,05$. Вместе с тем в результате представленного лечения мы отмечали более благоприятное течение беременности при дифференцированном назначении лечения от ХВН с меньшим процентом поздних гестационных осложнений по сравнению с группой сравнения. Случаев тяжелой преэклампсии в основной группе было отмечено 4 (7,7%), в группе сравнения — 7 (13,5%), $p < 0,01$. Многоводие было выявлено, соот-

ветственно, у 5 (9,6%) и 8 (15,2%) женщин, $p < 0,01$. Частота нарушений маточно-плацентарного кровотока (НМПК) достоверно меньшей была в основной группе: НМПК I степени встречалось, соответственно, у 6 (11,5%) и 9 (17,3%) пациенток, $p < 0,05$; НМПК IIa степени — у 3 (5,8%) и 6 (11,5%), $p < 0,01$; НМПК IIb степени — у 0 (0%) и 1 (1,9%) $p < 0,001$. Случаев критического НМПК III степени не было зарегистрировано ни у одной пациентки. С частотой НМПК коррелировало и число случаев синдрома задержки развития плода (по выписке при рождении), которое также было больше в группе сравнения — 4 (7,7%) детей от пациенток основной группы по сравнению с 7 (13,5%) в группе сравнения, $p < 0,01$. Повторный осмотр флебологом проводился в третьем триместре беременности, в сроке 36 недель. Было установлено, что прогрессирование класса ХВН в основной группе отмечалось реже, чем в группе сравнения. Так, по данным контрольного осмотра, у 2 (3,8%) пациенток из основной группы, не имевших клиники в начале исследования (класс С0), к концу беременности появились телеангиэктазии (С1), по сравнению с 3 (5,7%) беременными из группы сравнения, $p < 0,05$. Возможно, такой результат обусловлен ранним использованием в основной группе топических флебопротекторов, не противопоказанных в I триместре беременности. В основной группе не было случаев развития варикозно расширенных подкожных вен нижних конечностей (С3) у пациенток с классом ХВН С2 (0%), в группе сравнения была 1 (1,9%) пациентка с такой клиникой, $p < 0,001$. Усугубление клинического класса С2 до С3 отмечалось, соответственно, у 9 (17,3%) беременных основной группы и у 14 (26,9%) из группы сравнения, $p < 0,05$. Развития трофических поражений кожи (классы ХВН от С4 до С6) не произошло ни у одной беременной, включенной в исследование.

Выводы

1. Коррекция ХВН у беременных с учетом клинического класса достоверно профилирует прогрессирующему заболеванию.
2. Дифференцированный подход к лечению беременных с ХВН позволяет снизить частоту гестационных осложнений и улучшить перинатальные исходы за счет профилактики СЗРП.
3. Использование препаратов на основе эсцина может быть рекомендовано для коррекции ХВН со II триместра беременности.



Источники

1. Богачев В.Ю., Голованова О.В., Кузнецов А.Н., Ершов П.В. Особенности лечения начальных форм хронических заболеваний вен. *Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия*, 2014, 3—4: 55-56.
2. Мурашко А.В. ХВН и беременность. *Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия*, 2015, 1—2: 8-12.
3. Озолия Л.А. Профилактика венозных тромбозов и тромбозмболий в акушерстве и гинекологии. *Российский вестник акушера — гинеколога*, 2011, 5: 98-101.
4. Пономарева А.В., Виноградова Ю.Г., Попов А.В. Структура ассортимента средств для лечения варикозного расширения вен. *Современные проблемы науки и образования*, 2015, 2-2: 496.
5. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. *Флебология*, 2013, 2: 48.
6. Ismail L, Normahani P, Standfield NJ, Jaffer U. A systematic review and meta-analysis of the risk for development of varicose veins in women with a history of pregnancy. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*, 2016 Oct, 4(4): 518-524.
7. Smyth RM, Aflaifel N, Bamigboye AA. Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015 Oct 19, 10.

РЕПРЕНТ
УСЛУГИ ПО АРЕНДЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

Весь спектр услуг по аренде медицинских представителей, проведению независимого аудита, а также по выводу продуктов на рынки России.

ГРУППА КОМПАНИЙ «РЕМЕДИУМ»

ПЛАНИРОВАТЬ СТРАТЕГИЧЕСКИ
УПРАВЛЯТЬ ЭФФЕКТИВНО

105082,
Москва, ул. Банчуковская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425
факс: 8 495 780 3436
info@reprent.ru

www.remedium.ru