

ВЛИЯНИЕ КОМПРЕССИОННОЙ И ФЛЕБОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

¹Скобелева Н.Я., ²Хрыщанович В.Я., ²Роговой Н.А.

¹ Клинический родильный дом Минской области, г. Минск,

² Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,
Республика Беларусь

Введение. Варикозная болезнь (ВБ) относится к одной из наиболее часто встречаемых экстрагенитальных патологий у женщин детородного возраста, при этом распространенность заболевания в популяции беременных достигает 40–70%. Необходимо отметить, что манифестация ВБ более чем в 50% наблюдений происходит именно в период гестации, что ставит беременность в разряд наиболее значимых факторов риска варикозной трансформации подкожных вен. Собственные данные указывают на еще бóльшую частоту встречаемости ВБ у беременных женщин с учетом С1 клинического класса по СЕАР (телеангиэктазий и ретикулярных вен), поэтому проблема перинатальных событий тромботического характера приобретает особую значимость. С другой стороны, сопутствующая ВБ может быть связана с увеличением в 2–7 раз количества акушерских осложнений, среди которых выделяют фетоплацентарную недостаточность, хроническую внутриутробную гипоксию плода, преэклампсию, аномалии прикрепления плаценты, преждевременные роды и незапланированные оперативные пособия. Известно, что применение градуированного компрессионного трикотажа и некоторых веноактивных препаратов (ВАП) в перинатальном периоде позволяет ослабить венозный рефлюкс, облегчить симптомы ВБ, купировать боль и улучшить качество жизни, однако влияние указанных мероприятий на течение беременности у женщин с ВБ остается неизученным.

Цель. Оценить исходы беременности и родов у женщин с ВБ на фоне компрессионной и флеботропной терапии, а также в отсутствие специального флебологического лечения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие три группы беременных женщин. Изучаемая популяция пациенток находилась под наблюдением в учреждениях здравоохранения «Клинический родильный дом Минской области» и «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко» г. Минска. Исследование было одобрено независимым Этическим комитетом учреждения здравоохранения «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко» г. Минска (протокол № 14 от 24.12.2021) и проводилось в течение 2 месяцев. В исследование были включены пациентки в возрасте 18–40 лет, которые подписали добровольное информированное согласие в соответствии с Хельсинкской декларацией «WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, 2013». Критериями включения в исследование являлись: срок гестации более 12 и менее 25 недель, С1–С3

классы и симптомы первичной ВБ по классификации СЕАР. Критериями исключения из исследования являлись: тромбоз глубоких вен, подтвержденная тромбофилия, ассоциированная с высоким риском тромбоза глубоких вен и посттромботического синдрома, послеоперационный рецидив ВБ, тромбоемболия легочной артерии в анамнезе, применение эластической компрессии за 7 дней до включения в исследование, С4–С6 клинические классы ВБ по СЕАР, облитерирующие заболевания артерий и лимфатический отек, абсолютные противопоказания к выполнению физических упражнений, согласно рекомендациям Американской коллегии акушеров-гинекологов. Базовые терапевтические мероприятия в трех группах включали: 10-минутные периоды отдыха в горизонтальном положении (на левом боку) после каждого часа пребывания пациенток неподвижно в положении стоя или сидя; создание возвышенного положения нижним конечностям во время ночного сна; безопасные физические упражнения (ходьбу, езду на велотренажере, плавание, йогу, легкую гимнастику, пилатес, бег трусцой) продолжительностью 30 минут не менее 5 раз в неделю; ножные ванны в течение 30 минут (при температуре воды +26°C...+30°C) и 15-минутный восходящий контрастный душ утром и вечером с перепадом температуры от +35°C до +20°C. В 1-й группе лечения применялись компрессионные чулки 2 класса стандарта RAL-GZ387, Oeko-Tex Standart 100, ISO, CE в течение 8 ч ежедневно на протяжении минимум 2 месяцев. При определении индивидуального размера чулок учитывали следующие параметры: окружности надлодыжечной области, наиболее широкой части голени (икры), бедра на 5 см ниже ягодичной складки и длину от пятки до измерения на бедре. Во 2-й группе лечения, помимо компрессионных чулок 2 класса, назначали вентонизирующее лекарственное средство, содержащее сухой экстракт иглицы колючей (150 мг в капсуле), геспередина метилхалкон (150 мг) и кислоту аскорбиновую (100 мг), по следующей схеме: по 1 капсуле внутрь после еды, запивая водой, два раза в день в течение 8 недель. Акушерско-демографические и клинические характеристики пациенток, включая срок гестации, количество беременностей и родов, род профессиональной деятельности, возраст, вес, рост, индекс массы тела, продолжительность и семейный анамнез ВБ подлежали учету и фиксации в электронной базе. Визуальный осмотр, физикальное обследование и фотографирование нижних конечностей выполняли в вертикальном положении в хорошо освещенном помещении в рамках 2 визитов и временных периодов гестации (между 12–24 и 25–34 неделями беременности). Унифицированную оценку видимых изменений (клинического класса ВБ) осуществляли в соответствии с базовой версией клинико-этиологической анатомо-патологической классификации СЕАР. Всем пациенткам проводилось клинико-лабораторное и гинекологическое обследование. Ультрасонографическое исследование вен нижних конечностей и малого таза, матки и плода с оценкой маточно-плацентарного кровотока (МПК) выполнялось при помощи ультразвуковых аппаратов Mindray M7 (Shenzhen Mindray Bio-Medical Electronics Co. Ltd, КНР)

и Samsung Medison SonoAce R7 (Samsung Medison Co. Ltd, КНДР). Кардиотокографическое исследование проводилось после 30 недель беременности. Первичными конечными точками исследования являлись возникшие осложнения беременности и родов со стороны матери: преэклампсия, нарушение МПК, преждевременный разрыв плодных оболочек, мало- и многоводие, гестационный сахарный диабет (СД), гипотония матки, а также срок родов, метод родоразрешения, объем кровопотери, длительность нахождения в стационаре. Вторичными конечными точками были патологические состояния и перинатальные показатели, связанные с плодом: дистресс, антенатальная гибель, рост, вес, наличие гипоксии, оценка по шкале Апгар, потребность в искусственной вентиляции легких, госпитализация в отделение интенсивной терапии (ОИТ), длительность нахождения в стационаре. Все расчеты осуществляли в статистическом пакете R, версия 4.2. [R Core Team (2022). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>]. Уровень ошибки первого рода α был принят равным 0,05 для статистического вывода.

Результаты. Количество случаев преждевременных родов, нарушения МПК, многоводия, преэклампсии, гестационного СД было больше в контрольной группе по сравнению с группой компрессионной терапии ($p > 0,99$), в то время как, у пациенток, получавших в качестве адьюванта ВАП, указанные осложнения гестации не встретились вовсе. По другим первичным конечным точкам, включая операцию Кесарева сечения ($p > 0,99$), объем кровопотери ($p = 0,179$), срок родов ($p = 0,590$) и длительность пребывания женщин в стационаре ($p = 0,326$), межгрупповые количественные различия отсутствовали. Дистресс плода развился в 2/30 (6,7%) наблюдениях из контрольной группы родильниц ($p = 0,605$), при этом в 1/30 (3,3) случае потребовался перевод ребенка в ОИТ. Вместе с тем, случаев антенатальной гибели плода, внутриутробной гипоксии и необходимости ИВЛ не было ни в одной из трех групп исследования. Статистически значимые межгрупповые отличия по росту ($p = 0,573$), весу ($p = 0,243$) и длительности пребывания новорожденных в стационаре ($p = 0,186$) отсутствовали. Наибольшее количество детей (70-75%), набравших 9 баллов по шкале Апгар на 5-й минуте жизни, было зарегистрировано в 1-й и 2-й группах лечения, в то время как, в контрольной группе преобладали новорожденные (73,3%) с показателем 8 баллов ($p = 0,001$).

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют неблагоприятном влиянии сопутствующей варикозной болезни на исходы беременности и родов в части увеличения количества случаев плацентарной недостаточности, многоводия, преэклампсии, гестационного сахарного диабета, задержки роста и дистресса плода. Полученные данные обосновывают целесообразность совместного применения компрессионной и флеботропной фармакологической терапии, направленной на медицинскую профилактику перинатальных осложнений и коррекцию хронической венозной недостаточности у беременных с варикозной болезнью.