

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПРЕССИОННОЙ И ФЛЕБОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ
ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ
ХРЫЩАНОВИЧ В.Я., РОГОВОЙ Н.А., НЕБЫЛИЦИН Ю.С., СКОБЕЛЕВА Н.Я.**

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Цель. Оценка клинической эффективности градуированного компрессионного трикотажа и флеботропной терапии в отношении купирования симптомов и признаков варикозной болезни (ВБ) у беременных женщин.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие три группы беременных женщин ($n=88$) в возрасте 18–40 лет на сроке гестации более 12 и менее 25 недель, с С1–С3 классами и симптомами первичной ВБ по классификации СЕАР. Базовые терапевтические мероприятия в трех группах включали: 10-минутные периоды отдыха в горизонтальном положении (на левом боку) после каждого часа пребывания пациенток в положении стоя или сидя; создание возвышенного положения нижним конечностям во время ночного сна; безопасные физические упражнения продолжительностью 30 минут не менее 5 раз в неделю. 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. Во 2-й группе лечения, помимо компрессионных чулок 2 класса, назначали венотонизирующее 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. Унифицированную оценку видимых изменений (клинического класса ВБ) осуществляли в соответствии с базовой версией клинко-этиологической анатомо-патофизиологической классификации СЕАР. Установление степени тяжести клинических проявлений венозного заболевания проводили при помощи валидной шкалы Venous Clinical Severity Score (VCSS). С целью определения интенсивности болевого синдрома использовали 10-балльную визуально-аналоговую шкалу. Совокупный показатель качества жизни (КЖ) определяли при помощи опросника Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ-20). Определение окружности голеней производили в условиях комнатной температуры посредством измерительной ленты в ортостазе в двух точках: на 3 см выше медиальной лодыжки (А) и на 10 см ниже бугристости большеберцовой кости (В). Ультрасонографическое (УСГ) картирование большой подкожной вены (БПВ) производили в пяти точках: на 5 см ниже сафено-фemorального соустья (А), в средней (В) и нижней (С) трети бедра и в верхней (D) и средней (Е) трети голени. Малую подкожную вену (МПВ) картировали в двух точках: на 2 см ниже сафено-поплитеального соустья (F) и в средней (G) трети голени. Первичными конечными точками исследования являлись интенсивность болевого синдрома, степень тяжести клинических проявлений ВБ и КЖ. Вторичными конечными точками были диаметры БПВ и МПВ обеих нижних конечностей, измеренные в 7 точках при помощи УСГ, окружности голеней, а также динамика патологического венозного рефлюкса и клинических классов ВБ по классификации СЕАР перед началом и после завершения исследования. Все расчеты осуществляли в статистическом пакете R, версия 4.2. Уровень ошибки первого рода α был принят равным 0,05 для статистического вывода.

Результаты. Исходные акушерско-демографические и клинические характеристики в сравниваемых когортах не имели статистически значимых отличий. Длительность наблюдения до конечной точки в терапевтических и контрольной группах составила 63 [61; 63], 63 [60; 64] и 63 [56; 65] дня соответственно ($p = 0,892$). Во время заключительного визита в 1-й и 2-й группах лечения отмечалась положительная тенденция в снижении уровня боли ($p = 0,082$ и $p = 0,269$), в свою очередь, в группе сравнения наблюдалось усиление болевого синдрома – от слабого до умеренного ($p < 0,001$). В отношении купирования болевого синдрома попарные сравнения не обнаружили статистически значимых отличий между двумя группами лечения ($p = 0,942$), в то

время как, попарные сравнения с группой контроля подтвердили превосходящую эффективность обеих терапевтических методик. На завершающем этапе динамического наблюдения в группах лечения было выявлено существенное снижение показателя VCSS ($p < 0,001$ и $p < 0,008$), в группе сравнения отмечалось нарастание степени тяжести ВБ ($p < 0,001$). Совокупный показатель КЖ в 1-й и 2-й группах лечения продемонстрировал тенденцию к улучшению ($p = 0,099$ и $p = 0,348$), в группе сравнения было зафиксировано статистически значимое снижение КЖ ($p < 0,001$). Сравнение эффектов между 1-й и 2-й группами лечения не установило преимуществ *адьювантной флеботропной терапии* в части снижения показателя VCSS и улучшения КЖ ($p = 0,894$ и $p = 0,596$, соответственно). На заключительном этапе наблюдения количество женщин из 1-й и 2-й групп лечения с классом С3 уменьшилось с 5/30 (17%) до 1/30 (3%) и с 10/28 (36%) до 0/28 (0%) соответственно ($p = 0,071$ и $p = 0,038$), в то время как, в группе сравнения отмечалась отрицательная клиническая динамика по классификации CEAP ($p < 0,001$): соотношение пациенток с ВБ сместилось в сторону класса С3 – с 3/30 (10%) до 15/30 (50%) наблюдений, с возникновением в одном случае пигментации (С4а). Через 2 месяца во всех точках измерения произошло изменение диаметра вен: в группе сравнения было зафиксировано статистически значимое увеличение среднего диаметра БПВ/МПВ на 0,5 мм, в то время как, в 1-й и 2-й группах лечения наблюдалась редукция аналогичного показателя на 0,6 мм и 0,3 мм по сравнению с начальными значениями. На фоне применения компрессионного трикотажа и комбинированного лечения наблюдалось билатеральное уменьшение окружности голени в надлодыжечной области на 0,5 см ($p < 0,001$) и 1 см ($p = 0,013$) соответственно, по сравнению с исходными значениями; у беременных женщин из группы сравнения происходило статистически значимое увеличение окружности голени в точках А и В на 0,2 и 2,2 см соответственно ($p < 0,001$). При сравнении двух групп лечения была обнаружена превосходящая эффективность *адьювантной флеботропной терапии* со статистически значимыми отличиями по точке В ($p = 0,01$), в то время как, попарные сравнения с группой контроля подтвердили преимущества обеих терапевтических методик в снижении выраженности отека.

Обсуждение. Настоящее сравнительное исследование обнаружило убедительные преимущества сочетанного применения компрессионной и флеботропной терапии в части редукции окружности голени и уменьшения класса CEAP с С3 до С1–С2 у беременных женщин. Более эффективное купирование венозного отека у пациенток указанной группы можно объяснить *адьювантным* влиянием веноактивного препарата Ruscus/HMC/VitC, которое реализуется за счет повышения венозного тонуса, улучшения лимфатического дренажа, нормализации проницаемости стенки капилляров и подавления веноспецифического воспаления. Ношение компрессионных чулок 2 класса (23–32 мм рт. ст.) в течение 8 часов в сутки, начиная с 13 недели гестации, сопровождалось сокращением количества беременных с патологическим рефлюксом и уменьшением среднего диаметра БПВ/МПВ, что соответствует результатам двух проспективных рандомизированных исследований. В то же время, *адьювантная флеботропная терапия* не оказывала значимого влияния на указанные параметры, равно как на уровень боли, показатель VCSS и КЖ.

Выводы. Совместное применение градуированной эластической компрессии и комбинированного веноактивного препарата является эффективной мерой устранения венозного отека нижних конечностей у беременных женщин. *Адьювантная флеботропная терапия* позволяет замедлить прогрессирование хронической венозной недостаточности и не оказывает значимого влияния на анатомо-функциональные параметры подкожных вен в гестационном периоде.