

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I И II СТАДИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

И. М. КЕРИМОВА

*Азербайджанский медицинский университет, Баку,
Азербайджанская Республика*

Обследованы беременные с хронической венозной недостаточностью I и II стадий. Показано, что при терапии детралексом купируются симптомы венозной недостаточности и улучшается субъективное самочувствие пациенток в отличие от тех, которым лекарственная терапия не проводилась.

Ключевые слова: беременные, хроническая венозная недостаточность I и II стадий, детралекс.

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) — синдром нарушения оттока крови из вен нижних конечностей — представляет собой наиболее часто встречающуюся группу экстрагенитальной патологии сердечно-сосудистой системы. Установлено, что ХВН осложняет течение беременности у 30–56% беременных с частотой тромботических осложнений 0,99–10% [1].

Несмотря на то что сегодня основным методом лечения этой патологии признан хирургический, медикаментозная терапия сосудотонизирующими препаратами позволяет улучшить состояние тех, кому операция по ряду причин не показана, в частности беременным. Особое внимание среди различных форм ХВН занимает часто встречающееся варикозное расширение вен у женщин на фоне беременности. Далеко не все специалисты правильно трактуют эту ситуацию, при которой может быть относительно благоприятное течение беременности без осложнений. Но неправильное ведение больной, осложненное течение самой беременности создают угрозу развития венозного тромбоза с риском осложнения в виде тромбоэмболии легочной артерии [2].

Частота варикозного расширения вен у беременных колеблется от 20% до 50%, а при учете всех форм — до 70%. В патогенезе развития варикозного расширения вен увеличенная матка играет роль только в последнем триместре беременности, оказывая компрессию на подвздошные и нижнюю полую вены, что вызывает снижение кровотока по бедренным венам до 50% (по данным дуплексного картирования) [3, 4].

Риск развития варикозной болезни увеличивается при семейной предрасположенности, с числом беременностей и возрастом. Переход гиперкоагуляции в тромбоз увеличивается при определенных условиях — наличии факторов, способствующих тромбообразованию (факторов риска). Важное значение имеют генетические факторы: наличие мутаций в генах, кодирующих факторы свертывания крови. Так, у 12% пациенток с венозными тромбозами была выявлена

лейденская мутация (в гене фактора V), у 7,5% — мутация в гене протромбина, у 52% — мутация в гене фермента метилентетрагидрофолатредуктазы, которая приводит к изменениям в сосудистой стенке, активно участвующей в процессах свертывания крови [5, 6].

Все это требует проведения эффективной профилактики на самых ранних стадиях беременности. Ликвидация нарушений гемостаза, а также улучшение венозного кровотока являются основными направлениями в профилактике венозных тромбозов, осуществляемой благодаря применению современных флеботропных препаратов, не оказывающих тератогенного действия, которые с успехом могут быть использованы при хронической венозной недостаточности за счет воздействия на различные звенья патогенеза. Однако терапевтический выбор должен быть основан на принципах доказательной медицины. Эффективность и безопасность препарата требует доказательств в крупных рандомизированных контролируемых плацебо или сравнительных исследованиях. При их отсутствии — на основании рекомендаций международных конгрессов, заключений съездов или национальных обществ. Важность этого очевидна, так как большинство больных должны принимать препарат длительно, а при этом возрастает вероятность развития побочных эффектов.

Из всех флеботропных препаратов наибольшую доказательную базу имеет в настоящее время детралекс (микронизированный диосмин, Servier, Франция). Клиническая эффективность этого препарата продемонстрирована в многочисленных исследованиях, опубликованных в ведущих международных журналах. Это единственный флеботропный препарат, который изучался в многоцентровом контролируемом плацебо исследовании. Детралекс официально рекомендован Американским венозным форумом 2001 г. [7–9].

Нами обследованы 121 беременная с хронической венозной недостаточностью I и II стадий. Исследование включало общеклинические, акушерские, ультразвуковые и лабораторные методы,

а также доплерографию венозного кровотока в пораженных конечностях, гемостазиограмму и иммунограмму в динамике. В ходе исследования для определения эффективности терапии детралексом пациенты были распределены на следующие группы: I — основная группа — 59 беременных, которым проводилась терапия; II — контрольная группа — 62 беременных, которым лекарственная терапия при хронической венозной недостаточности не проводилась; III — группа сравнения — 20 беременных, изначально не имевших сосудистой патологии. Беременным I группы был назначен детралекс по 1 табл. 2 раза в день с 27–28 нед в течение месяца. Препарат переносился хорошо. Лишь у 25,4% больных в начале лечения отмечалось головокружение, у 13,6% — общая слабость. В группе пациенток, леченных детралексом, не выявлено ни одного случая обострения геморроя, тогда как у 8,1% контрольной группы отмечено обострение этого заболевания.

Эффективность проводимой терапии оценивали по данным субъективных ощущений: динамике тяжести в ногах, судорог, парестезии, флебалгии, зуда, боли и объективным критериям — выраженности отека голени, маллеолярного объема (измерение объема голени на уровне лодыжек), количеству случаев обострений геморроя. Исследовали изменение состояния вен нижних конечностей, проводили коагулологические и иммунологические исследования в динамике, оценивали течение беременности.

После приема препарата в 32,2% наблюдалось выраженное улучшение, в 54,2% констатировано умеренное улучшение и в 13,6% состояние больных оставалось без изменений. Эффективность терапии детралексом клинически выразалась в снижении частоты жалоб на тяжесть в ногах — 20,3%,

судороги — 22,0%, отеки — 16,9%, зуд — 22%, боль — 25,4%, парестезии — 20,3% и флебалгии — 22%. После приема ангиопротектора у 91,5% наблюдалась коррекция гемореологического статуса. В целом снизилось содержание тромбоцитов в крови на 3,1%, их агрегация — на 3,8%, уровень фибриногена — на 11,1% и тромбиновое время на 10,8%. Параллельно зарегистрировано удлинение времени свертывания крови на 41,6%, повысилась активность XIII фактора на 31,0%, антитромбина III на 25,3%, активированного частичного тромбoplastинового времени на 12,2%. При I стадии хронической венозной недостаточности показатели гемостаза улучшились больше, чем при II стадии.

По результатам ультразвуковой доплерографии выявлено уменьшение отека лодыжек и голени на 1,56 см. Полученные результаты позволили констатировать, что препарат усиливает венозный тонус, выражающийся уменьшением площади поперечного сечения, снижением максимальной линейной скорости и увеличением объемной скорости кровотока. Кроме того, препарат способствует уменьшению индуцированного отека, снижению проницаемости и повышению упругости капиллярной стенки, нормализации функции тромбоцитов, подавлению адгезии [8]. При терапии данным препаратом купируются симптомы венозной недостаточности и улучшается субъективное самочувствие пациенток.

Таким образом, диспансеризация беременных женщин с ХВН, особенно после первой беременности и родов, приобретает важное значение в предотвращении прогрессирования болезни. Своевременные профилактические мероприятия могут замедлить развитие болезни и предупредить возможные осложнения.

Литература

1. Савельев В. С. Клиническая флебология.— М.: Медицина, 2001.— 356 с.
2. Шехтман М. М., Бурдули Г. М. Болезни органов дыхания и кровообращения у беременных.— М.: Триада-Х, 2002.— 230 с.
3. Богачев В. Ю. Современная фармакотерапия хронической венозной недостаточности нижних конечностей // Фармацевтический вестник.— 2006.— Т. 10, № 2.— С. 54–59.
4. Thrombophilia a mechanism of disease in women with adverse pregnancy outcome and trombotic lesions in the placenta / F. Arias, R. Romero, H. Joist, F. T. Krans // J. Matern. Fetal. Med.— 1998.— Vol. 7.— P. 277–286.
5. Генетические детерминанты наследственной тромбофилии в патогенезе венозного тромбоза / С. И. Капустин, М. Н. Блинов, В. Д. Каргин и др. // Тер. архив.— 2003.— № 10.— С. 78–80.
6. Mutation in blood coagulation factor V associated with resistance to activated protein C / R. M. Betina, B. P. Koeleman, T. Koster et al. // Nature.— 1994.— Vol. 369.— P. 64–67.
7. Colerige Smith Ph. From skin disorders to venous leg ulcers: pathophysiology and efficacy of daflon 500 vg in ulcer healing // Angiology.— 2008.— Vol. 54 (suppl. 1).— P. 45–50.
8. Jawiem A. The influence of environmental factors in chronic venous insufficiency // Angiology.— 2003.— Vol. 54 (suppl. 1).— P. 19–31.
9. Janet G. And the RELIEF Study Group. Chronic venous insufficiency: worldwide results of the RELIEF Study // Angiology.— 2002.— Vol. 53.— P. 245–256.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ
ВЕНОЗНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ І ТА ІІ СТАДІЙ У ВАГІТНИХ**

I. M. KERIMOVA

Обстежено вагітних із хронічною венозною недостатністю І та ІІ стадій. Показано, що при терапії детралексом усуваються симптоми венозної недостатності та поліпшується суб'єктивне самопочуття пацієнток на відміну від тих, яким лікарська терапія не проводилась.

Ключові слова: вагітні, хронічна венозна недостатність І та ІІ стадій, детралекс.

**EFFICACY OF DRUG THERAPY FOR STAGE I AND II CHRONIC
VENOUS INSUFFICIENCY IN PREGNANT**

I. M. KERIMOVA

Pregnant with stage I and II chronic venous insufficiency were investigated. It was shown that treatment with Detralex controlled the signs of venous insufficiency and improved subjective state of the patients in contrast to those, who were not administered drug therapy.

Key words: pregnant, stage I and II chronic venous insufficiency, Detralex.

Поступила 17.03.2009