

Подходы к оценке степени тяжести хронической венозной недостаточности у беременных

М.Ю. Зильбер д.м.н., профессор, А.А. Кротова клинический ординатор,
З.В. Астафьева, заведующая женской консультацией ЦГКБ № 24,
А.В. Халина, врач акушер-гинеколог МУ ЦГКБ №24, гинекологическое отделение, г. Екатеринбург

Approaches to the estimation of severity level of chronic venous insufficiency at pregnant women

Zilber M., Krotova A., Astafieva E., Halina A.

Резюме

Цель работы – оптимизация классификационного подхода к определению степени тяжести венозной недостаточности у беременных. Оценено течение беременности у 188 женщин с хронической венозной недостаточностью. Степень тяжести заболевания определялась по классификации А.В.Покровского и по международной классификации CEAP. Установлено, что изменения гормонального фона и гестационные осложнения препятствуют объективной оценке степени тяжести заболевания у беременных по классификации А.В.Покровского, поэтому использование международной классификации CEAP у беременных более обоснованно, так как точнее отражает клиническую картину и позволяет подобрать адекватные методы коррекции.

Ключевые слова: беременность, венозная недостаточность, оценка степени тяжести.

Resume

Research purpose consisted in optimisation of the classification approach to definition of severity level of venous insufficiency at pregnant women. The current of pregnancy at 188 women with chronic venous insufficiency is estimated. Disease severity level was defined on A.V.Pokrovskogo's classification and by the international classification CEAP. It is established that changes of a hormonal background and pregnancy complications interfere with an objective estimation of severity level of disease at pregnant women on A.V.Pokrovskogo's classifications, therefore use of international classification CEAP at pregnant women more comprehensible as reflects a clinical picture more precisely and allows to pick up adequate methods of correction.

Key words: pregnancy, venous insufficiency, severity level estimation.

Введение

Хронические заболевания вен (или хроническая венозная недостаточность – ХВН) включают: варикозное расширение вен, посттромботическую болезнь, врожденные и травматические аномалии венозных сосудов [1].

Актуальность проблемы обусловлена широкой распространенностью данной патологии среди женщин (62,3%, по сравнению с 21,8% у мужчин), а также частой манифестацией или осложнением течения ХВН, во время беременности [2]. По данным разных авторов, венозная недостаточность выявляется до 35% у беременных, причем у 50–96% впервые во время гестации [3]. Развитие ХВН во время беременности увеличивает риск появления гестоза, плацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода. Вместе с этим, несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, тромбозомболические осложнения до 10% чаще наблюдаются при рассматриваемой патологии. [4].

Адекватность методов лечения ХВН определяет степень тяжести заболевания у пациентки, однако в

настоящее время существует несколько классификаций, различающих разделение ХВН на стадии. Одна из часто применяемых в сосудистой хирургии классификаций ХВН – по А.В. Покровскому (Таблица 1). Согласно автору, ХВН разделяется на стадии в зависимости от степени выраженности нарушений микроциркуляторного русла нижних конечностей. Оценка этих изменений проводится на основании клинических симптомов: степени выраженности отеков ног, болевых ощущений после нагрузки, наличия гиперпигментации кожи голени и ряда других.

Кроме указанной, всё большее распространение получает международная классификация хронических заболеваний вен нижних конечностей (CEAP), которая с 2000 г. внедрена в ряде учреждений России. [5]. Эта классификация предусматривает градацию по клиническим проявлениям (С), этиологическим факторам (Е), анатомическому распространению патологического процесса (А), патофизиологическим изменениям (Р) (Таблица 2). В отличие от классификации А.В. Покровского, в разделе С (клинические проявления) производится разделение ХВН не на стадии, следующие в порядке нарастания тяжести патологического процесса, а на классы (от 0 до 6) – по преобладающему симптому, что позволяет более точно оценивать клинику ХВН у конкретного пациента. В нашем исследовании мы предприняли попытку сравнить представленные классификации и оценить возможность использования их для контингента беременных.

Ответственный за ведение переписки -

Кротова Алиса Алексеевна,
620028 г. Екатеринбург
ул. Мельникова д.20, кв. 77;
e-mail: alisakro@yandex.ru

Таблица 1. Классификация ХВН по А.В.Покровскому

	I степень	IIa степень	IIb степень	III степень
Боль	Преходящая	Постоянная, слабая	Постоянная, значительная	Постоянная, интенсивная
Отеки	Преходящие	Стойкие	Постоянные	Постоянные, нарастающие
Дистрофические изменения	Нет	Нет	Есть	Есть. Могут наблюдаться судороги и парестезии
Трофическая язва	Нет	Нет	Нет	Есть

Таблица 2. Международная классификация хронических заболеваний вен нижних конечностей (CEAP)

I Клиническая классификация	
Класс 0	Отсутствие симптомов болезни вен при осмотре и пальпации
Класс 1	Телеангиэктазии или ретикулярные вены
Класс 2	Варикозно расширенные вены
Класс 3	Отек
Класс 4	Кожные изменения, обусловленные заболеванием вен (пигментация, венозная экзема, липодерматосклероз)
Класс 5	Кожные изменения, указанные выше, и зажившая язва
Класс 6	Кожные изменения, указанные выше, и активная язва
II Этиологическая классификация	
EC	Врожденное заболевание
EP	Первичное с неизвестной причиной
ES	Вторичное с известной причиной: посттромботическое, посттравматическое, другие
III Анатомическая классификация	
AS	Поверхностные вены
IV Патологические классификация	
PR	Рефлюкс
PO	Обструкция
PR, O	Рефлюкс + обструкция
AD	Глубокие вены
AP	Перфорантные вены

Цель исследования заключалась в оптимизации классификационного подхода к определению степени тяжести венозной недостаточности у беременных.

Материал и методы

В ходе проспективного исследования оценено течение беременности у 188 женщин с венозной недостаточностью. Всем обследованным было проведено исследование свёртывающей системы крови (гемостазиограмма), дуплексное ангиосканирование (2 – 3 раза), исследование фетоплацентарного комплекса (биофизический профиль плода, доплерография, кардиотокограмма). Кроме того, все беременные были проанкетированы с целью выявления субъективных симптомов венозной недостаточности. Степень тяжести ХВН у каждой пациентки определялась по классификации А.В.Покровского и по международной классификации CEAP.

Достоверность полученных результатов оценивалась парным методом по t - критерию Стьюдента, различия считались достоверными при $p < 0,05$. Для анализа данных применялись методы суммарных статистик, корреляционного анализа. Были использованы математические методы распознавания образов, реализованные в пакетах «КВАЗАР», «КВАЗАР-ПЛЮС» (разработанные Институтом механики и математики УрО РАН).

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациенток составил $28 \pm 0,3$ лет. В структуре экстрагенитальной патологии преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта – 60 (31,9%); мочевыделительной системы – 47(25,0%); сердечно-сосудистой системы – 34 (18,1%). Реже имели место патология дыхательной системы: у 21 (11,2%) женщин; ал-

аллергические заболевания – у 15 (7,9%); патология органа зрения у 8 (4,2%) и эндокринные заболевания – у 2 (1,1%) пациенток. По данным репродуктивного анамнеза у 13 (6,9%) обследованных женщин наблюдалось нарушения менструального цикла. Из заболеваний репродуктивной системы чаще всего выявлялась эрозия шейки матки – у 71 (37,8%). Реже - хронический аднексит – у 43 (22,9%), кисты яичников – у 30 (15,9%) женщин, эндометрит – у 21 (11,2%) и миома матки у 6 (3,2%). Среди инфекций репродуктивной системы наиболее частыми выявлены уреоплазмоз – у 36 (19,1%), генитальная герпес-вирусная инфекция – у 15 (7,9%), цитомегаловирусная инфекция – у 8 (4,2%); микоплазмоз – у 6 (3,2%).

По паритету беременные исследуемой группы распределились следующим образом: 111 (59%) первородящих, 77 (41%) повторнородящих. Среди беременных с ХВН группу низкого риска неблагоприятного перинатального исхода составило 10,1%, группу среднего риска – 51,1%, группу высокого риска – 38,8% женщин.

У группы беременных с целью коррекции венозной недостаточности проводилось лечение флеботоником «Флебодиа 600». Было отмечено, что на фоне приёма указанного препарата у беременных реже развивались гестоз и многоводие, а также имело место снижение частоты ряда патологических состояний новорождённых. Так, среди новорождённых от матерей, принимавших «Флебодиа 600», гипоксия наблюдалась реже на 8%, ЗВУР – на 6% и СДР – на 4%, $p < 0,05$.

Среди прогностических признаков неблагоприятного перинатального исхода у беременных с ХВН диагностическую ценность, помимо заболеваний желудочно-кишечного тракта (информативность составила 0,940), хронического геморроя (0,870) имели: уменьшение фетометрических показателей плода (0,810), невынашивание первого триместра (0,800), гестоз (0,791) и диагностика заболевания во время настоящей беременности (0,740).

Структура осложнений беременности выглядела следующим образом: гестоз лёгкой степени тяжести наблюдался у 56 (29,8%) беременных, анемия – у 47 (25,0%), угрожающий выкидыш – у 46 (24,5%), угрожающие преждевременные роды – у 26 (13,8%). У 17 (9,0%) женщин имел место гестоз средней степени тяжести, и у 8 (4,2%) – многоводие. При присоединении тревожности, бессонницы, а также при эпизодически беспокоящей мигрени и угрожаемом невынашивании у пациенток исследуемой группы к лечению добавлялся Магнелис® В6 по 2 таблетки в 3-х кратном суточном режиме в течение трех недель, курсами.

Исследование структуры заболеваемости новорождённых в исследуемой группе женщин показало, что гипоксия имела место у 34 (18,1%) детей, $p < 0,05$; асфиксия 1 – у 26 (13,8%), $p < 0,05$; асфиксия 2 – у 8 (4,2%), $p < 0,001$; ЗВУР – у 22 (11,7%), $p < 0,01$; ФПН, компенсированная – у 15 (7,9%), $p < 0,001$; ФПН, субкомпенсированная – 30 (15,9%), $p < 0,05$; СДР – 15 (7,9%), $p < 0,01$.

Результаты анкетирования беременных представлены в таблице 3.

Из обследованных женщин 77 (41,0%) отметили появление симптомов ХВН до беременности, 52 (27,6%) – в первом триместре беременности, 25 (13,3%) – во втором и 34 (18,1%) – в третьем.

Для осуществления поставленной цели исследования мы проводили анализ степеней ХВН у беременных по классификации А.В. Покровского и по системе СЕАР. Были получены следующие результаты: из 188 беременных у 125 (66,5%) диагностирована ХВН I степени, у 53 (28,2%) – IIА, у 10 (5,3%) IIВ. Среди обследованных не было женщин с ХВН III степени. При разделении степеней тяжести ХВН по системе СЕАР мы получили такие результаты: 62 (33%) из 188 женщин не имели никаких жалоб, кроме телеангиэктазий на коже голеней (это соответствует I классу), у 32 (17,0%) имело место варикозное расширение вен (2 класс). У 94 женщин (50,0%) наблюдались отёки стоп и голеней (3 класс).

Основное неудобство использования классификации А.В. Покровского для оценки ХВН у беременных заключается в том, что симптомы, характерные для одной из стадий заболевания (I, IIА, IIВ или III), во время гестации, в силу особенностей метаболизма, могут «перекрываться». Например, судороги в икроножных мышцах и парестезии (III степень ХВН) могут сочетаться с переходящим отёком голеней (I степень), при этом, как правило, отсутствуют выраженные трофические нарушения (язва), характерные для третьей степени ХВН. Вместе с тем, по данным анкетирования, пациентки нередко затруднялись определить степень выраженности отёков, которая принципиальна для разграничения по стадиям заболевания. Это затрудняет уточнение степени выраженности ХВН у беременных с использованием классификации А.В. Покровского, хотя она и является патогенетически обоснованной.

Важным достоинством классификации СЕАР является возможность разработки четких алгоритмов лечебной стратегии. Однако для использования у беременных имеются недостатки и у этой классификации. Так,

Таблица 3. Результаты анкетирования

Субъективный симптом	абс. число	%
Преходящая боль	145	77
Преходящий отёк	60	31,9
Стойкая боль	43	22,8
Стойкий отёк	8	4,2
Судороги в икроножных мышцах	60	31,9
Телеангиэктазии	68	36,1
Варикозное расширение вен нижних конечностей	34	18,1

класс 0 предусматривает отсутствие клинических симптомов при наличии незначительных морфологических изменений стенки вен. Учитывая неприемлемость проведения дополнительного исследования структуры вен при отсутствии жалоб у беременных, выделение класса 0 для гестационной ХВН не целесообразно. Дифференцировка «синдрома тяжелых ног» затруднена при наличии гестационных осложнений (гестоз) или метаболических нарушений (сахарный диабет I типа, полинейропатия). Преимуществом клинического раздела классификации СЕАР является то, что в нём учитывается наличие телеангиэктазий и варикозно расширенных вен, а эти симптомы у беременных, в следствие прогестеронового влияния, встречаются достаточно часто.

Выводы

1. Влияние изменённого гормонального фона и гестационных осложнений на патогенез ХВН искажает её клинические симптомы, что может приводить к не объективной оценке степени тяжести заболвания у беременных по классификации А.В.Покровского.
2. Использование международной классификации СЕАР у беременных более обоснованно, так как подразделение ХВН на классы точнее отражает клиническую картину и позволяет подобрать адекватные методы коррекции.
3. Применение флеботоников во время беременности, влияя на плацентарный кровоток, оптимизирует перинатальные исходы и улучшает адаптацию новорождённых. ■

Литература:

1. Г.М. Савельева, В.И. Серов, Г.Т. Сухих, главред Клинические рекомендации: акушерство и гинекология. Издание 3-е, исп. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 868 с.
2. Каралкин А.В., Альбицкий А.В., Кузнецов А.Н. Патогенез и диагностика хронической венозной недостаточности. Современный взгляд на проблему. Тер. арх. 2004; 76 (10): 63–8.
3. Мурашко А.В. Профилактическое применение Лигон-1000 у рожениц с хронической венозной недостаточностью. Проблемы беременности. 2000; 1: 62–4.
4. Макаров О.В., Озолин Л.А. Венозные тромбозы в акушерстве и гинекологии. – М.: АО ПЦ «Эфир», 1998. – 261 с.
5. Варикозная болезнь вен нижних конечностей: стандарты диагностики и лечения. Совещание экспертов в Москве 16 июня 2000 г. М., 2000.