

В.В. Петров, А.А. Шмидт,
К.В. Новиков, Ю.Л. Тимошкова

Генитально-промежностный варикоз как форма проявления прогрессирующей варикозной болезни вен нижних конечностей у беременных

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Приведены данные о ведении беременных с прогрессирующей генитально-промежностной формой варикозной болезни вен на разных сроках беременности. Определены клинический объем обследования, показания к оперативному лечению. Разработаны клиничко-организационные этапы хирургического лечения беременных с прогрессирующей генитально-промежностной формой варикозной болезни вен. Предложенный комплексный подход при ведении беременных с варикозной болезнью может использоваться как элемент предоперационной подготовки беременных с прогрессирующим течением заболевания. Установлено, что сегментарная флебэктомия достаточно эффективна при лечении и хирургической коррекции сегментарного варикоза поверхностных вен нижних конечностей и генитально-промежностной области, прогрессирующего во время беременности.

Ключевые слова: беременность, варикозная болезнь вен нижних конечностей, генитальный варикоз, сегментарная флебэктомия.

Введение. В настоящее время в России и в мире нет единого подхода к ведению беременных с варикозной болезнью. При этом различные формы варикозной болезни вен нижних конечностей выявляются у 20–40% беременных, что составляет 5,6% из всей экстрагенитальной патологии при беременности [3, 5, 12]. По данным К.В. Новикова [9], у большей части пациенток (67,2%), страдающих варикозной болезнью вен нижних конечностей, первые признаки заболевания появляются во время беременности, а у других (10,9%) – беременность служит усугубляющим фактором в течении заболевания. В тех случаях, когда варикозная болезнь вен нижних конечностей развивается во время беременности, у 12% беременных она диагностируется в первом триместре, подтверждая связь с изменением гормонального фона. Во втором триместре заболевание обнаруживается в 87,9% случаев. При прогрессирующем варикозе у беременных чаще встречаются такие осложнения и последствия как флебиты, флеботромбозы (10%), тромбоз эмболия сосудов (0,6%), возникновение трофических язв нижних конечностей (2,3%), развитие раннего токсикоза и гестоза (10%), хроническая гипоксия плода (10%), патология пуповины (22–24%), преждевременное излитие околоплодных вод (22%), слабость родовой деятельности (15%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (2%), угроза кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде (15–17%) [3, 12].

Отдельной формой проявления заболевания, с которой сталкиваются акушеры-гинекологи и сосудистые хирурги на этапах ведения беременных,

является генитально-промежностный варикоз, как правило, проявляющий себя во второй половине беременности и чаще приводящий к таким осложнениям как кровотечение из поврежденных подкожных варикозно расширенных вен генитальной области в родах и раннем послеродовом периоде, флеботромбозы и тромбоз эмболия сосудов.

Цель исследования. Определить возможность выполнения сегментарной флебэктомии при генитально-промежностной форме варикозной болезни у беременных.

Задачи исследования. Определить оптимальный объем диагностических мероприятий, показания к хирургической коррекции генитально-промежностной формы варикозной болезни вен нижних конечностей у беременных.

Разработать клиничко-организационные этапы хирургического лечения беременных с прогрессирующим генитально-промежностным варикозом.

Материалы и методы. В клинике амбулаторной хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (ВМА) к настоящему времени прошли обследование и получили лечение 9 беременных, страдающих прогрессирующим генитально-промежностным варикозом. Наблюдение по беременности пациенток осуществлялось в клинике акушерства и гинекологии ВМА. У 3 пациенток из группы заболевание расценивалось как изолированная форма, у 6 генитально-промежностный варикоз сочетался с варикозным расширением вен нижних конечностей на уровне сег-

ментов голени и бедра. У 2 пациенток течение заболевания осложнилось эпизодом кровотечения из варикозно расширенных вен генитально-промежностной области во время беременности. На разных сроках гестации (22–36 недель беременности) больной была выполнена сегментарная флебэктомия расширенных доклапанных вен промежности, большой половой губы и пахово-бедренной области, сегментов большой подкожной вены нижних конечностей.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования представлены в виде 2 клинических примеров. *Клинический пример 1.* Больная Т., 25 лет, первобеременная на сроке 35/36 недель, поступила в клинику амбулаторной хирургии ВМА 20.01.2011 г. по поводу прогрессирующего варикозного расширения вен генитально-промежностной области справа. Заболевание начало проявлять себя с 25-й недели настоящей беременности локальным расширением подкожных вен в области промежности, больше справа, правой большой половой губы с распространением в правую паховую область и на переднюю брюшную стенку. Появились чувство тяжести, болезненность в области промежности, больших половых губ, больше справа, усиливающиеся при длительном сидении. 16.12.2010 г. (на сроке 30 недель) был однократный эпизод кровотечения из варикозно расширенных вен правой большой половой губы. Сопутствующих заболеваний не выявлено. Бабушка по материнской линии много лет страдает двухсторонним варикозным расширением вен нижних конечностей.

Проконсультирована в клинике акушерства и гинекологии ВМА. Патологии со стороны развивающегося плода не выявлено. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений и кровотечения из поврежденных варикозно расширенных вен генитально-промежностной области в родах и раннем послеродовом периоде рекомендовано выполнение оперативного вмешательства под местным обезболиванием, направленного на хирургическую коррекцию заболевания. В ходе обследования была диагностирована третья форма варикозной болезни – доклапанный сегментарный варикоз вен промежности, правой большой половой губы и пахово-бедренной области справа, хроническая венозная недостаточность (ХВН) II ст. (рис. 1). Большая подкожная и малая подкожная вены обеих нижних конечностей на всем протяжении не имели варикозно измененных сегментов. Остальные клапаны были состоятельными (рис. 2).

20.01.2011 г. под местным обезболиванием выполнена операция – сегментарная флебэктомия расширенных доклапанных вен промежности, большой половой губы и пахово-бедренной области справа. В ходе хирургического вмешательства взят материал для гистологического исследования (рис. 3).

Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки после операции с выпиской больной по месту жительства и рекомендациями дальнейшего



Рис. 1. Варикозная болезнь, паховогенитальный варикоз справа, 3 форма, ХВН II ст. (больная Т., 25 лет, беременность 35/36 недель)

наблюдения по течению беременности в клинике акушерства и гинекологии ВМА (рис. 4). При анализе гистологических срезов в материале, полученном из области варикса, определялся склероз и истончение средней оболочки стенки вены с признаками локального воспаления.

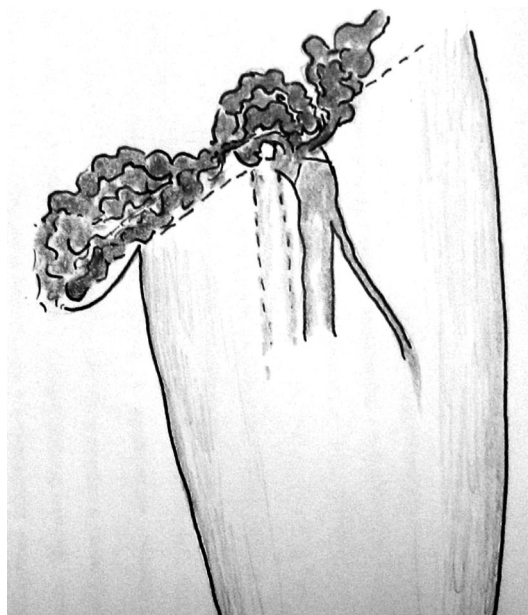


Рис. 2. Схема варикозной трансформации вен генитально-промежностной области справа с доклапанным расширением вен промежности, правой наружной половой вены и вен пахово-бедренной области справа (больная Т., 25 лет, беременность 35/36 недель)

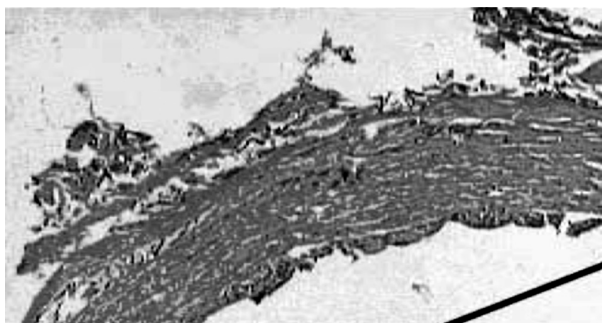


Рис. 3. Участок вены в месте варикозной трансформации. Окраска по Ван Гизону. Ув. $\times 100$



Рис. 4. Состояние послеоперационной раны на 10-е сутки после операции (больная Т., 25 лет, беременность 36/37 недель)

При контрольных осмотрах и перед родами больная жалоб не предъявляла, была удовлетворена результатами лечения. Объективных данных (включая ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) вен пахово-бедренной области) о прогрессировании заболевания не было. Подпор венозной крови в притоках наружной половой вены в правой большой половой губе и пахово-бедренной области справа не наблюдался. Даны рекомендации по использованию в послеоперационном периоде, в родах и в течение 4–6 месяцев послеродового периода госпитального трикотажа 2 класса компрессии.

15.02.2011 г. на доношенном сроке беременности самостоятельно развилась родовая деятельность. Роды протекали через естественные родовые пути, нормально. В период родов и в ранний послеродовый период изменений и осложнений у пациентки (общего статуса и в зоне хирургического вмешательства) и новорожденного не было. Выписка родильницы и ребенка состоялась в обычные сроки. В настоящее время пациентка находится под динамическим наблюдением.

Несколько иной характер течения варикозной болезни на фоне беременности наблюдался у других пациенток. Клинический пример 2. Больная П., 28 лет,

повторнобеременная на сроке 33 недель поступила в клинику амбулаторной хирургии ВМА 17.03.2011 г. с жалобами на расширенные подкожные вены правой нижней конечности и в области больших половых губ, больше справа, ощущение дискомфорта в области промежности и наружных половых органов. Кроме того, пациентка отмечала периодически возникающие боли в области икроножной мышцы справа к концу дня. Расширение подкожных вен нижних конечностей впервые заметила после первых родов (в 2001 г.). За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась. С развитием настоящей беременности варикозное расширение вен правой нижней конечности прогрессировало по восходящему типу. С 22-й недели беременности появилось расширение подкожных вен в виде мешотчатого выпячивания в области наружных половых органов, больше справа, причиняющее локальный дискомфорт и болезненность, которые усиливались при длительном положении стоя и сидя. Сопутствующих заболеваний не выявлено. Наследственность не отягощена.

По беременности наблюдалась в клинике акушерства и гинекологии ВМА. Беременность протекала нормально. Патологии со стороны развивающегося плода не выявлено. С целью снижения опасности тромбоза подкожных вен нижних конечностей и промежности, профилактики тромбоэмболических осложнений и кровотечения из поврежденных варикозно расширенных вен генитально-промежностной области в родах и раннем послеродовом периоде пациентке было рекомендовано выполнение оперативного вмешательства под местным обезболиванием, направленного на хирургическую коррекцию заболевания.

При осмотре кожные покровы обеих нижних конечностей обычного цвета, теплые наощупь. По медиальной поверхности правой нижней конечности в нижней трети бедра и верхней трети голени пальпаторно определяются варикозно расширенные сегменты («камеры напряжения») основного ствола большой подкожной вены в виде извитых веретенообразных мягкоэластических выпячиваний длиной 7 и 3 см соответственно, шириной 1–1,5 см (рис. 5).

При выполнении функциональных проб глубокие вены проходимы, остиальные клапаны состоятельны. В ходе ультразвукового исследования сосудов нижних конечностей, дополняющего функциональные пробы, выявлено, что глубокие вены без патологии, остиальный клапан большой подкожной вены слева – состоятелен, справа – относительно несостоятелен. Определялся патологический сброс v. pudenda ext. справа с гроздевидным расширением пахово-промежностных и генитальных сегментов. Выявлен горизонтальный патологический рефлюкс через расширенные перфоранты с клапанной несостоятельностью в нижней трети бедра и верхней трети голени правой нижней конечности. Имеющаяся здесь относительная несостоятельность остиального клапана обусловлена вертикальным патологическим сбросом крови. При



Рис. 5. Схема варикозной трансформации вен правой нижней конечности в бассейне большой подкожной вены, генитально-промежностной области справа. Широкой стрелкой обозначена относительная несостоятельность остиального клапана (больная П., 28 лет, беременность 33 недели)

детальном анализе органических изменений створок клапана не выявлено. Стенка большой подкожной вены справа сохраняла свое нормальное строение на протяжении верхней и средней трети бедра, а патологический рефлюкс был обусловлен неполным смыканием створок клапана из-за перерастяжения венозного ствола. Первопричиной этому был горизонтальный патологический рефлюкс через расширенные перфоранты с клапанной несостоятельностью в нижней трети бедра и верхней трети голени правой нижней конечности. В свою очередь, относительная несостоятельность остиального клапана справа привела к варикозному расширению подкожных вен наружных половых органов и области промежности, больше справа. В ходе обследования была диагностирована третья форма варикозной болезни – варикозное расширение вен нижних конечностей, 3 форма, правосторонний генитально-промежностный варикоз 2 степени. ХВН II ст.

17.03.2011 г. под местной анестезией выполнена операция – сегментарная флебэктомия расширенных доклапанных вен промежности, большой половой

губы и пахово-бедренной области справа, сегментов большой подкожной вены правой нижней конечности. До операции использовалась предложенная нами комплексная консервативная терапия варикозной болезни вен нижних конечностей у беременных как элемент предоперационной подготовки. Послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки после операции с выпиской больной по месту жительства.

При контрольных осмотрах больная жалоб не предъявляла, была удовлетворена результатами лечения. Объективных данных (включая УЗДГ вен пахово-бедренной области справа) о прогрессировании заболевания не было. Подпор венозной крови в притоках наружной половой вены в правой большой половой губе и пахово-бедренной области справа не наблюдался. Даны рекомендации по использованию в послеоперационном периоде, в родах и в течение 4–6 месяцев послеродового периода госпитального трикотажа 2 класса компрессии. Пациентка находится под динамическим наблюдением.

Предложенный нами и активно применяемый комплексный подход при ведении беременных с варикозной болезнью у данных пациенток использовался как элемент предоперационной подготовки. Он включает:

- назначение компрессионного медицинского/лечебного (госпитального) трикотажа 1–2 класса компрессии для ежедневного использования во время беременности, в родах и в послеродовом периоде (4–6 месяцев);
- назначение флеботоников с 20-й по 24-ю неделю беременности, не обладающих тератогенным воздействием на плод: препараты, содержащие диосмин (детралекс, флебодин-600, вазокет), гинкор форте;
- оперативное лечение по показаниям (сегментарная флебэктомия: ликвидация патологического горизонтального или/и вертикального рефлюкса).

По начальным результатам проведенной хирургической коррекции генитально-промежностной формы варикоза у беременных сформулированы достоинства сегментарной флебэктомии: 1) небольшая длительность операции и незначительная травматизация мягких тканей конечности (вмешательства занимают 25–30 мин, проводятся под местной анестезией, без введения агрессивных препаратов с тератогенным воздействием на развивающийся плод); 2) отсутствие необходимости применения анестезиологического пособия большого объема; 3) возможность ликвидации проявлений варикозной болезни на сегментарном уровне с сохранением неизмененных участков подкожных вен; 4) сегментарная флебэктомия – вариант стационарзамещающих технологий; 5) улучшение качества жизни и предотвращение осложнений у беременных с варикозной болезнью.

Заключение. Применяемая нами сегментарная флебэктомия может быть достаточно эффектив-

ной при лечении сегментарного варикоза поверхностных вен нижних конечностей и генитально-промежностной области, прогрессирующего во время беременности.

Принимая во внимание общеизвестный факт, что варикозная болезнь является системным необратимым заболеванием, не исключаем, что даже при самом тщательном оперировании патологические изменения могут возникнуть в других, ранее интактных участках, или в системе другой венозной магистрали (в нашем случае – 7,0%). В таких случаях возможно повторное, аналогичное первому оперативное вмешательство, что указывает на возможность применения этапного принципа в лечении варикозной болезни вен нижних конечностей и генитально-промежностной области у беременных.

Литература

1. Веденский, А.Н. Варикозная болезнь / А.Н. Веденский. – Л.: Медицина, 1983. – 207 с.
2. Думпе, Э.Г. Физиология и патология венозного кровообращения нижних конечностей / Э.Г. Думпе, Ю.И. Ухов, П.Г. Швальб. – М., 1982. – 168 с.
3. Елисеев, О.М. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных / О.М. Елисеев. – М.: Медицина, 1994. – 320 с.
4. Кулаков, В.И. Руководство по безопасному материнству / В.И. Кулаков [и др.]. – М.: Триада-Х, 1998. – 531 с.
5. Медведь, В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии у беременных / В.И. Медведь. – Киев: Авиценна, 2004. – 168 с.
6. Мозес, В.Г. Варикозное расширение вен малого таза у женщин в основные возрастно-биологические периоды жизни: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Г. Мозес. – Томск., 2006. – 21 с.
7. Нааритс, С. Течение и ведение беременности и родов при варикозном расширении вен: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. Нааритс. – Л., 1961. – 18 с.
8. Нисвандер, К. Акушерство. Справочник калифорнийского университета / К. Нисвандер, Г. Лейзерович, А. Эванс. – М.: Практика, 1999. – 704 с.
9. Новиков, К.В. Хирургическое лечение варикозной болезни вен нижних конечностей у беременных / К.В. Новиков // Амбулаторная хирургия. – 2001. – № 2 (2). – С. 37–38.
10. Новиков, К.В. Хирургическое лечение варикозной болезни у беременных. Мат. III съезда амбулаторных хирургов РФ / К.В. Новиков [и др.] // Амбулаторная хирургия. – 2009. – № 3, 4 (35, 36). – С. 135–136.
11. Стойко, Ю.М. Варикозная болезнь / Ю.М. Стойко. – СПб.: ВМедА, 1992. – 21 с.
12. Шехтман, М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. – М.: Триада-Х, 2003. – 816 с.
13. Dodd, H. The pathology and surgery of the veins of the lower limb / H. Dodd, F.B. Cockett. – Edinburgh. London. New York, 1977. – 333 p.
14. Delaney, A.G. Anesthesia in the pregnant woman. Clin. obstet. gynecology / A.G. Delaney. – 1983. – 67 p.

V.V. Petrov, A.A. Shmidt, K.V. Novikov, Yu.L. Timoshkova

Genital-perineum varicose as form of display of progressing bottom extremities varicose illness of veins in pregnant women

Abstract. The data about conducting pregnant women with progressing genital-perineum the form of varicose illness of veins on different terms of pregnancy is cited. The volume of clinical inspection, the indication to operative treatment is defined. Clinical-organizational stages of surgical treatment in pregnant women with progressing genital-perineum varicose illness of veins are developed. The suggested complex treatment of varicose illness in pregnant women can be used as a stage of preparation before surgery. Segmentary phlebectomy was confirmed to be effective in treatment of progressing segmentary varicose illness of superficial veins of lower extremities and genital area.

Key words: pregnancy, varicose disease of lower extremities, genital varicose, segmentary phlebectomy.

Контактный телефон: +7-906-240-16-19; e-mail: petrovit@inbox.ru