

Антонюк-Кисіль В. М.,
Дзюбановський І. Я.,
Єнікеева В. М.,
Продан А. М.



ПЕРВИННЕ ХРОНІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ:

МУЛЬТИМОДАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ



ОБСВ'ЯЗКОВИЙ ПРИМІРНИК

Антонюк-Кисіль В. М.,
Дзюбановський І. Я.,
Єнікеєва В. М.,
Продан А. М.

634969

ПЕРВИННЕ ХРОНІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ: МУЛЬТИМОДАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Монографія

НАЦІОНАЛЬНА
НАУКОВА
БІБЛІОТЕКА
01033, м.Київ, вул.Толстого, 7

2021

Рецензенти:

Русин Василь Іванович – лауреат державної премії України, заслужений лікар України, професор кафедри хірургічних хвороб Ужгородського національного університету, доктор медичних наук, професор;

Шапринський Володимир Олександрович – завідувач кафедри хірургії № 1 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова МОЗ України, доктор медичних наук, професор;

Хміль Стефан Володимирович – заслужений діяч науки і техніки України, професор кафедри акушерства та гінекології №1 Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, віце-президент Європейської асоціації FEMS, президент Всеукраїнської асоціації менопаузи та репродуктивного здоров'я жінки, професор, доктор медичних наук.

- Первинне хронічне захворювання вен під час вагітності:**
П-11 **мультимодальний підхід до хірургічного лікування** : монографія / В. М. Антонюк-Кисіль, І. Я. Дзюбановський, В. М. Єнікеева, А. М. Продан. – Рівне : «Волинські обереги», 2021. – 136 с.

ISBN 978-966-416-892-9

У монографії представлено новий науковий напрям у вирішенні актуальної проблеми двох суміжних спеціальностей акушерства та гінекології і хірургії, що полягає в розробці комплексу заходів на основі принципів «fast track surgery», спрямованих на запобігання локальним та системним венозним ускладненням, підвищення безпеки й ефективності відкритого мініінвазивного хірургічного лікування первинного, прогресуючого варикозного розширення вен нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу та зовнішніх статевих органів та поєднаних форм під час вагітності.

Книга рекомендована для лікарів-хірургів, акушер-гінекологів, лікарів-інтернів та студентів вищих навчальних медичних закладів III–IV рівнів акредитації.

УДК 616.14-007.64:618.3-089

*Рекомендовано до видання вченою радою Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України
(протокол № 12 від 26.10.2021 р.)*

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	4
Передмова	6
Вступ	7
Розділ 1. Сучасні уявлення про первинне хронічне захворювання вен під час вагітності	8
Розділ 2. Клінічна характеристика вагітних з первинним хронічним захворюванням вен	15
Розділ 3. Методи визначення функціонального стану фетоплацентарного комплексу та оцінка стану плоду	23
Розділ 4. Клініко-сонографічні зміни при первинному хронічному захворюванні вен у вагітних	41
4.1. Дуплексне сканування вен у вагітних жінок із первинним хронічним захворюванням вен	41
4.2. Клініко-сонографічна картина первинного хронічного захворювання басейну несафенних вен під час вагітності	42
4.3. Клініко-сонографічна картина первинного хронічного захворювання вен басейну сафенних вен під час вагітності.....	56
4.4. Клініко-сонографічна картина первинного хронічного захворювання поєднаного басейну сафенних і несафенних вен під час вагітності	74
Розділ 5. Особливості хірургічного лікування первинного хронічного захворювання вен під час вагітності	92
Розділ 6. Програма «fast track surgery» в хірургічному лікуванні первинного хронічного захворювання вен під час вагітності	106
хронічного захворювання вен під час вагітності	106
Розділ 7. Безпосередні результати хірургічного лікування та оцінка якості життя вагітних із первинним хронічним захворюванням вен	116
Заключення.....	124
Список літературних джерел	126

Вступ

Варикозне розширення підшкірних вен нижніх кінцівок, за даними різних авторів, спостерігається у 2–50 % вагітних. Більше як у половини вагітних (60–80 %) захворювання виникає під час вагітності й становить 5,6 % із всієї екстрагенітальної патології при вагітності (Василюк С. М., 2018).

Висока частота тромбофлебетичних (до 10 %), тромбоемболічних ускладнень у 0,6 % у вагітних, а з даною патологією протягом вагітності й в післяпологовому періоді досягає, за літературними джерелами, до 20–30 % (Бойко В. В., 2016; Русин В. І. і співавтори, 2018, Lai J., 2018).

За даними В. В. Петрова (2011 р.), у вагітних з варикозною хворобою нижніх кінцівок у 53,7 % відзначається прогресування захворювання. Частіше під час вагітності зазнає ураження басейн великої підшкірної вени, ніж малої підшкірної вени, у співвідношенні 3:1, а у 15 % випадків – у поєднанні (Сабадош Р. В., 2020). Тільки в 9,7 % випадків уражається стовбур і/чи закінчення сафенальних вен. У 6–8 % спостерігається варикозне розширення вен зовнішніх статевих органів та промежини, яке залишається після пологів у 2–3 % жінок.

Консервативна терапія є неефективною у 65 % випадків, прогресує під час вагітності та після неї у 70 % випадків (Шапринський В. О., 2016; Петрушенко В. В. і співавт., 2018).

Відповідно до літературних даних є лише поодинокі спроби оперативного лікування первинного прогресуючого розширення вен нижніх кінцівок при певних формах (сегментарний варикоз) (Усенко О. Ю. і співавтори, 2015). А хірургічну корекцію варикозного розширення вен пахового каналу, промежини та статевих губ під час вагітності з метою профілактики венозних ускладнень не виконують.

Згідно з наказом № 620 у додатку № 5 «Організація надання спеціалізованої акушерської допомоги» наголошується, що повноцінна стаціонарна допомога з екстрагенітальною патологією після 22 тижнів вагітності надається в умовах відділень екстрагенітальної патології. А в додатку № 6 до факторів акушерського та перинатального ризику віднесено варикозну хворобу нижніх кінцівок, ускладнену тромбофлебітом в анамнезі, та варикоз вульви. Тому дана робота стала одним з перших наукових досліджень, присвячених даній проблемі, що спонукає до перегляду існуючої хірургічної тактики з програмованим виконанням превентивних патогенетично обґрунтованих гемодинамічних операцій на венозній системі у вагітних.

Розділ 1

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПЕРВИННЕ ХРОНІЧНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕН ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Варикозна хвороба є поліетіологічним захворюванням венозної системи, яка зустрічається, за даними різних авторів, у від 20 до 80 % вагітних і розглядається в цьому стані як гестаційне хронічне захворювання вен (ХЗВ) (за класифікацією basic CEAP, 2002 р.) нижніх кінцівок у басейні сафенних вен, промежини, зовнішніх статевих органів (басейн несафенних вен) або в їхньому поєднанні, особливо серед жінок, які часто вагітніють із короткими інтервалами між вагітностями. Дана патологія становить 5,6 % від усієї екстрагенітальної патології. ХЗВ у вагітних, його характеру й соціальної значимості для цього контингенту пацієнток медичне співтовариство приділяє значно менше уваги, ніж проблемі ХЗВ взагалі [6, 38, 56, 65].

Найчастіше, у 90 % усіх випадків, зустрічається первинний варикоз. Він виникає внаслідок взаємодії різних факторів: спадкових (порушення в сполучній тканині, неповноцінність венозних клапанів, збільшення довжини вен), гормональних, підвищення тиску у венозній системі та багато інших.

Незважаючи ніби на вивчену проблему епідеміології ХЗВ у вагітних жінок, на сьогоднішні дані в більшості випадків отримано з використання застарілих методик, що не дає можливості говорити про точні дані її оцінки. Після впровадження класифікації CEAP можна передбачити завищені показники частоти даної патології, оскільки до неї віднесли телеангіоектазії й ретикулярний варикоз [47, 58].

На думку J. F. Van Cleef (2011), є необхідність проведення епідеміологічних досліджень, які б дали можливість отримати правдиві показники частоти типових і/або атипових форм ПХЗВ, які трапляються під час вагітності. Справжня частота даної патології не відома, адже жінки через свою скромність не хочуть говорити про цю проблему та нерідко дана патологія перебігає безсимптомно [93].

ПХЗВ у вагітних на даний час є однією із актуальних проблем, з якою стикається сучасне акушерство, особливо через значне поширення. Частота ХЗВ серед обстежених вагітних складає 21,6 % і спостерігається поступове

зростання частоти варикозного розширення вен нижніх кінцівок від 15,7 до 28,2 % за період 2008–2012 рр. від загальної кількості пологів. Жінок із варикозною хворобою й ознаками синдрому сполучнотканинної дисплазії встановлено у 21,6 % випадків від загальної кількості пологів, у поєднанні з дисфункцією плаценти – 58,0 %, істміко-цервікальною недостатністю – 20,0 % [10].

Важливим серед факторів ризику є багаторазова вагітність (2 і більше), що збільшує ймовірність розвитку варикозу вен із 1,3 до 2,2 раза [80]. Так, виникає при першій вагітності у – 50 %, другій – 25 %, найчастіше у II триместі – 58,4 % [70, 81]. Не лише вагітність, але й додаткові фактори ризику ПХЗВ – спадковість, надлишкова маса тіла – можуть спричинити додаткове збільшення ризику розвитку варикозу [75].

Гестаційний дебют ПХЗВ виникає на тлі змін, що, як правило, відбуваються в жіночому організмі під час вагітності та розглядається як «нормальна адаптація вагітності», а у випадках надмірного напруження чи спадкової обтяженості набувають патологічного характеру. Як основні причини в етіології варикозної трансформації вен визнані уроджені або індуковані дефекти в будові венозної стінки, які є визначальними в різноманітні клінічних проявів і форм даної патології [72].

На думку Савельєва В. С. та співавт. (1972), Золотухина І. А. і співавт. (2012), етіологія і патогенез ПХЗВ слугують предметом активного вивчення впродовж багатьох десятиліть і досі не знаємо повної і послідовної картини розвитку цього захворювання. У хворих із варикозною хворобою існує як уроджена, так і набута схильність підшкірних вен до розширення. Важливим із практичної точки зору на сьогодні є питання, в якій послідовності виникає й розвивається процес варикозної хвороби, де формується рефлюкс [23, 46]. ХЗВ – це мультифакторна патологія, формування якої є результатом одночасної дії генетичних і факторів зовнішнього середовища та способу життя. Основою розвитку ПХЗВ є патологічне коло, в якому патоморфологічні зміни венозної стінки й клапанів одночасно є причиною й наслідком гемодинамічних порушень. Порушується баланс між синтезом колагену: продукція колагену I типу, що відповідає за механічну стійкість і ригідність, підвищена, тоді як продукування колагену III типу, що надає тканині еластичність, знижена, це призводить до послаблення стінки вени і створює умови для просторової деформації. Окрім того, зменшення кількості колагенозв'язувальних білків і лейцин збагачених протеогліканів, які необхідні для збирання і правильної побудови колагенових волокон. Змінено також співвідношення й інших компонентів позаклітинного матриксу, в тому числі ламінів, агрекану і фібронектину [61, 83].

Механізм розвитку ПХЗВ нижніх кінцівок на сьогодні до кінця не зрозумілий, але важлива роль в його патогенезі та ускладненнях пов'язана зі змінами гемодинаміки внаслідок порушення венозного відтоку. Зниження ламінарної

швидкості кровотоку й застою крові спричиняє перерозтягнення стінки судини. Це зумовлює запуск каскаду біохімічних процесів, які призводять до варикозної трансформації. Як відповідь на хронічну деформацію венозної стінки і застою крові виникає індукція експресії широкого спектра генів, які відповідають за клітинну проліферацію, апоптоз і міграцію, регуляцію тону судин, деградацію і реорганізацію позаклітинного матриксу, запалення, ангіогенез та інші процеси. Варикозна трансформація є патологічною відповіддю на природні навантаження (вагітність). Знижена властивість протистояти стресовим впливам завдячує генетичним факторам, внесок яких у розвиток ПХЗВ не викликає сумнівів. Підтвердженням є те, що зовнішнім фактором ризику ПХЗВ є стан, який сприяє зменшенню відтоку венозної крові, або вплив на склад сполучної тканини [60, 76, 79].

Перебіг вагітності, пологів і післяполового періоду в пацієнток із недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ) супроводжується високою частотою розвитку таких ускладнень, як загроза переривання вагітності в I триместрі (41,3 %), істміко-цервікальна недостатність (6,3 %), плацентарна недостатність (31,3 %), слабкість родової діяльності (12,5 %). Значне місце в акушерстві серед фенотипічних ознак проявів НДСТ посідає варикозна хвороба [53].

Серед численних факторів, які провокують дострокове переривання вагітності, важливе місце посідає істміко-цервікальна недостатність як один із маркерів НДСТ і коливається в межах від 7,2 до 13,5 %. Відносний ризик цієї патології зростає зі збільшенням індукованих пологів. У структурі звичного викидня на частку ІЦН в II триместрі вагітності припадає 40 %, у III – в кожному третьому випадку [32, 49].

В основі НДСТ лежить нечіткий генетичний маркер (генетичний дефект із певним типом успадкування), а мультифакторний вплив на плід може спричинити дефекти генетичного апарату [21]. Системність ураження сполучної тканини при НДСТ не може не впливати на перебіг вагітності і пологів. Такі прояви НДСТ, як патологія серцево-судинної системи, варикозне розширення вен, негативно впливають на стан здоров'я вагітних і зумовлюють аномальний перебіг вагітності та збільшують ризик передчасних пологів, смерть або гіпотрофію плоду. Зі збільшенням термінів вагітності кількість фенотипічних ознак НДСТ може зростати внаслідок наростання навантажень на всі системи і органи [69].

Серед жінок репродуктивного віку поширення НДСТ сягає від 32–33,1 до 43–48 %, із максимальною частотою серед жінок мегаполісів та дещо менше серед жінок сіл [36, 41, 42]. У кожній четвертій пацієнтки судинна патологія була діагностована саме в цей період гестації (II триместр), що вказує на провокувальну роль власне факту вагітності щодо проявів ймовірності НДСТ та прогресування на тлі гестаційного процесу. Серед ускладнень вагітності й пологів, асоційованих із патологією сполучної тканини, спостерігають неви-

ношування вагітності (мимовільні викидні) – 22 %, передчасні пологи – 18 %, істміко-цervікальну недостатність – 18 %, пізній гестоз – 32 %, плацентарну дисфункцію – 46 %, передчасний розрив плодових оболонок – 22 %, аномалії пологової діяльності – 18 %, аномалії розміщення та прикріплення плаценти – 20 %, пологовий травматизм – 26 %, післяпологові кровотечі – 18 % [36].

Згідно з даними офіційної статистики МОЗ України, поширеність усіх форм венозних ускладнень у вагітних впродовж останніх 10 років складає 27,0–28,5 на 1000 вагітних [51]. При варикозній хворобі під час вагітності гострі тромбофлебіти спостерігають у 8–11 % випадків [90].

Окрім того, за даними досліджень авторів, варикозна хвороба під час вагітності ускладнюється венозним тромбозом, тромбоемболічним синдромом від 0,5 до 5,0 %, що в 5–6 разів частіше, ніж між вагітністю [3, 4, 5, 14, 17, 33, 63].

Післяпологовий період є одним з відповідальних моментів, коли можуть розвинути різні ускладнення [13]. Через гормональний дисбаланс, венозний застій в нижніх кінцівках, венах малого таза під час вагітності й у післяпологовому періодах тромбоемболічні ускладнення діагностують у 2,1–18,2 % випадків [24, 28, 40, 54, 79]. Автори зазначають, що після пологів тромбоемболічні ускладнення зустрічаються в 3–6 разів частіше, ніж до пологів, а після розродження шляхом операції кесарського розтину даний ризик зростає у 10–15 разів [3, 4, 8, 11, 33, 59].

В останні роки встановлено тенденцію до збільшення частоти тромботичних ускладнень під час вагітності, пологів і в післяпологовому періодах. Варикозний тромбоз у вагітних зустрічається у 5–6 разів частіше, ніж у невагітних, а після пологів в 3–6 частіше, ніж до пологів. Частота тромботичних ускладнень у вагітних, породіль із ПХЗВ трапляється від 38,0 до 50,8 %, особливо серед тих вагітних, у яких ПХЗВ у 70–90 % випадків виникло під час вагітності. Запобігання подальшому розвитку захворювання можливе тільки за допомогою консервативних засобів [25, 26]. При цьому смертність від тромбоемболічних ускладнень коливається від 0,23 до 2,7 на 10 000 пологів і в структурі материнської смертності становить 2,8–9,2 % [3, 4, 8, 13, 17, 73].

Розвиток суспільства на сучасному етапі з його інтенсивним темпом життя, зростанням ролі жінки в ньому спонукав до пошуку нових концепцій лікування в разі потреби цього контингенту пацієнтів. Особливе місце займає лікування жінки під час вагітності. ХЗВ залишається невирішеною проблемою, особливо її виникнення та лікування. Оскільки варикозне захворювання під час вагітності має явну схильність до прогресування, його слід лікувати. Метою лікування є поліпшення або, принаймні, запобігання подальшому погіршенню флєбодинаміки [38]. ПХЗВ та його прояви у вигляді варикозної хвороби нижніх кінцівок і зовнішніх статевих органів посилюють перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду й призводять до зростання материнської захворюваності та смертності. Розробка й впровадження в акушерську практику

сучасних методів діагностики, лікування варикозної хвороби та профілактика ускладнень у вагітних, породіль є актуальною проблемою [34].

На сьогодні чіткої концепції ведення вагітності з різними формами ПХЗВ, що зумовлене індивідуальними змінами у венозній системі вагітної жінки, не існує. Тому закономірним є визначення місця флеболога при веденні вагітності з цією поширеною патологією. Нормативні документи, які регламентують порядок надання спеціалізованої консультативної допомоги, огляд ангіохірурга або флеболога тільки у випадку виникнення ускладнень із боку венозної системи і ніяк не визначають порядок профілактичних дій [1].

Кудькин М. Н. (2010) та Меняйленко О. Ю. (2012), з огляду на актуальність проблеми ПХЗВ у вагітних і через можливі внаслідок неї ускладнення вагітності, ставлять питання про мультидисциплінарне, сумісне диспансерне спостереження й ведення цих пацієнток акушером-гінекологом і хірургами (флебологами), а не тільки при виникненні ускладнень. Науковці наголошують на необхідності напрацювання заходів профілактики й об'ємів лікування строго індивідуально в різні терміни вагітності та розроблення тактики індивідуального патогенетичного оптимально ефективного хірургічного лікування як з метою активної профілактики тромбофлеботичних ускладнень під час вагітності й у післяпологовому періоді, так і довготривалому запобіганню рецидиву венозної патології [7, 15, 27, 30, 39].

Автори звертали увагу на необхідність обов'язкового включення лікаря-флеболога у протокол ведення вагітних із ПХЗВ нижніх кінцівок та варикозним розширенням вен зовнішніх статевих органів з метою формування лікувальних заходів для своєчасного запобігання і купірування явищ венозного тромбозу, зменшення під час пологів частоти розривів промежини, кровотеч і частоти хірургічних пологів у вагітних [28, 29].

Актуальним на сьогодні є персоналізація лікування пацієнток, яка базується на 4 основних підходах: персоналізація (personification) – виявлення індивідуальних маркерів, які відповідають за прогресування патології; превентивність (precautionary) – профілактичне втручання на венозній системі для запобігання розвитку ускладнень; передбачуваність (predictive) – встановлення генетичної інформації про вірогідність виникнення того чи іншого захворювання; партисипативність (participatory) – активна участь пацієнта в профілактиці захворювання (без свідомого бажання бути здоровим старання медиків будуть не ефективні).

Основним методом – «золотим стандартом» – дослідження венозної системи вен таза, нижніх кінцівок під час вагітності є УЗД (кольорове) [43, 57]. З появою ультразвукової діагностики на сучасному етапі стало можливим вивчити джерело формування варикозного розширення вен пахових каналів під час вагітності, підійти до вирішення багатьох питань діагностики та диференціальної діагностики цієї актуальної й значущої проблеми для вагітних. Зазначений метод не є інвазивним, не викликає явних ятрогенних

ускладнень з боку вагітної й плоду. За показаннями може бути використаний неодноразово.

Частина авторів у своїх наукових доробках описує УЗД картину варикозного розширення пахових каналів як виражене венозне скупчення розширених дренажних вен, схожих «на сумку с черв'яками», «мішок з черв'яками» [64].

Згідно з літературними даними ультразвукової ангіографії, ПВРВПК може формуватися за рахунок рефлюксу крові з вен навколоматкового простору, яєчників, поширюючись по венах круглої зв'язки матки та/або по *v. cremaster* з *v. epigastrica* гілки *v. hypogastrica ext.* Наявність *v. cremaster* у паховому каналі у жінок, яка дренує кров від круглої зв'язки матки і статевих губ у *v. epigastrica inf.*, яку також зазначив при сонографії McKenna і співавт. [82]. При кольоровій доплерівській ультрасонографії пахових каналів відзначено як наявність скупчення, що складається з численних змієподібних анаехогенних трубчастих каналів з явищами гіперваскуляризації, в яких є мінімальний кровотік при обстеженні в спокійному стані, при збільшенні у венах виникає їх розширення під час проведення проби Вальсальви. Крім того, відбуваються зміни форм венозних скупчень в паховому каналі під час обстеження на спині й у вертикальному положенні. Даних на наявність кишечника або лімфатичних вузлів не виявляли [66, 77, 85, 86, 89, 91, 92].

Ультрасонографія дає можливість чіткої диференціальної діагностики між варикозним розширенням вен пахових каналів і паховою грижею та уникнення непотрібного хірургічного втручання. Kusanovic J. P., McKenna D. A. та інші автори звертають увагу хірургів на те, що варикозне розширення вен пахових каналів (круглої зв'язки матки) може симулювати пахову грижу й призводити до необґрунтованих операційних втручань під час вагітності.

УЗД на сьогодні стало обов'язковим елементом діагностичного алгоритму обстеження пацієнтів із патологією венозних судин (L11 за класифікацією СЕАР) як під час вагітності, так і в післяпологовому періоді. Методика не інвазивна, відносно безпечна, що дає можливість її багаторазового використання при потребі контролю за динамікою розвитку патології (регресу або її прогресу), високоінформативна, доступна, з високим рівнем функціональності, специфічності, дає можливість вивчати як анатомію венозного русла, так і будову венозної стінки, характер і направленість венозного кровотоку в досліджуваному венозному басейні, стан прохідності та функціонування в них клапанного апарату [2, 16, 18, 35, 84].

Критеріями ефективності проведеного лікування слугують: відсутність або зменшення клінічних проявів варикозного синдрому в промежині і/або нижніх кінцівках впродовж вагітності й післяпологовому періоді; активна профілактика тромботичних і тромбоемболічних ускладнень, акушерських кровотеч, безпечне виношування вагітності. У лікуванні первинного хронічного захворювання вен у вагітних слід дотримуватися ідеології «безпечного акушерства», яка перед фахівцями формує питання: яка ефективність різних

методів ведення вагітності і пологів, який ступінь їхньої агресивності для матері і плоду, як воно впливає на здоров'я матері й плоду в майбутньому. Загальна мета спрямована на зниження материнської і перинатальної захворюваності й смертності, що базується на сукупності науково обґрунтованих підходів, які витікають із досягнень сучасної науки і практики [19]. Диференційований підхід до лікування вагітних із ПХЗВ дає можливість знизити частоту гестаційних ускладнень і покращити перинатальні наслідки ускладнень за рахунок профілактичних заходів [22].

Незважаючи на досягнуті успіхи в лікуванні захворювання існує багато невирішених питань і проблем як теоретичного, так і практичного характеру. Доводиться констатувати, що досі багато незрозумілого залишається в етіології і патогенезі ПХЗВ, де, по суті, є набір факторів ризику, пріоритетність і значення яких може бути різною [45, 55].

Розділ 2

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВАГІТНИХ З ПЕРВИННИМ ХРОНІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ВЕН

Робота є комплексним дослідженням, яке включало обстеження та лікування 23 194 вагітних в обласному перинатальному центрі. З них у 2459 (6,3 %) діагностовано різні форми ПХЗВ. У роботі використовували класифікацію СЕАР у базисному варіанті (2004 р.) [68], венозну термінологію VEIN-TERM (2009) [67].

Критерії включення в дослідження:

- вагітні в II та III триместрах із первинним хронічним захворюванням вен нижніх кінцівок, зовнішніх статевих органів та промежини з ризиком венозних ускладнень;
- прохідність глибоких вен нижніх кінцівок та малого таза (підтверджено сонографічно);
- пацієнтки, які дали згоду на операційне втручання, у тому числі з коротко-термінового перебування в стаціонарі;
- згода на виконання втручання під місцевим знеболенням (тумінесцентна анестезія) без медикаментозної премедикації.

Критерії виключення:

- відмова пацієнтки від дослідження;
- шкала оцінки болю не зрозуміла для пацієнтки;
- наявність алергічних реакцій на анестетики;
- психічна неврівноваженість пацієнтки;
- неможливість на період операційного втручання перебувати на спині або на лівому боці для запобігання проявам синдрому нижньої порожнистої вени.

За етіологічним чинником розподіл вагітних із ПХЗВ наведено на рисунку 2.1.

Під час клінічного огляду серед 2459 вагітних у 248 (10,09 %) жінок в анамнезі встановлено гострий тромбофлебіт підшкірних вен гомілкового сегмента (91 (36,69 %)), стегнового сегмента (60 (24,19 %)), поєднання

(97 (39,12 %)) під час попередніх вагітностей. У всіх випадках проведено консервативне лікування.

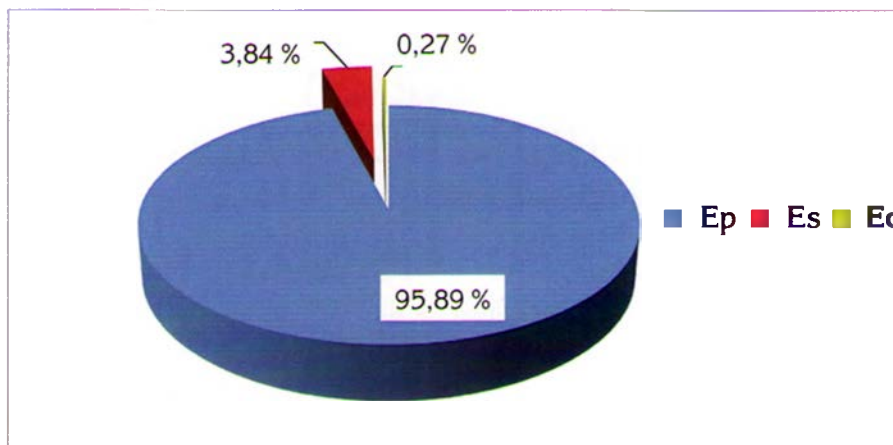


Рисунок 2.1. Розподіл вагітних із ПХЗВ за етіологічним чинником (CEAP, 2004).

У 96 (3,90 %) жінок у період між вагітностями виконано операційні втручання з причини варикозної трансформації вен у басейні сафенних вен (67 (69,79 %) – «класична флєбектомія» і у 29 (30,21 %) ендовенозна лазерна коагуляція). Рецидив виявлено у 21 (21,88 %) вагітної (у 12 (57,14 %) – істинний рецидив оперованої кінцівки за рахунок довгої кукси ВПВ із нелігованими приустьовими гілками та у 9 (42,86 %) – неістинний рецидив (пронлонгація варикозної хвороби).

З ІІ триместру вагітності всі вагітні з виявленими ознаками ПХЗВ отримували комплексну консервативну терапію (еластичний трикотаж + веноактивні препарати). Позитивний ефект від проведеного лікування встановлено у 50,32 %. Оптимальним терміном вагітності для проведення планового операційного втручання при первинному ПХЗВ у басейнах сафенних і/або несафенних вен був період з 26–28 тижня гестації, оскільки в цей період уже сформовані і функціонують як системи в параметрах, характерних для дитини після народження: серцево-судинна та особливо дихальна системи, а в разі передчасних пологів не потребували б введення препаратів, які впливають як на вдих, так і на видих.

Особливістю клінічного перебігу варикозної хвороби у вагітних є наявність візуально вираженого розширення вен вже з кінця І триместру вагітності, що прогресує з її ходом та зумовлене гормональними зрушеннями та суто механічним тиском матки із плодом.

Відповідно до класифікації CEAP ми виділили 1660 (67,51 %) вагітних з вираженим клінічними маніфестаціями варикозної патології венозної сис-

теми, яким можна за допомогою УЗД встановити басейн ураження. Решта пацієнток (32,49 %) мали клінічні форми C0 та C1. З 1660 (67,51 %) жінок із підтвердженим клініко-сонографічно варикозом нижніх кінцівок, промежини, пахового каналу, зовнішніх статевих органів згоду на операційне лікування дали 840 (50,60 %) жінок (табл. 2.1).

Таблиця 2.1. Розподіл прооперованих вагітних за клінічною формою варикозної хвороби згідно з класифікацією CEAP (2004)

CEAP	Абс., віднос.,%
C2s	443 (52,74)
C3s	396 (47,14)
C4s	1 (0,12)
Всього	840 (100)

Відповідно, 840 (34,16 %) оперованих вагітних склали основну групу, а 1619 (65,84 %) вагітним із ПХЗВ проведено консервативне лікування (ретроспективна група).

Особливістю варикозної хвороби у вагітних є виявлення різних типів варикозу. Велика увага приділяється несафенним, або позасистемним типам варикозу – пахового каналу, промежини, зовнішніх статевих органів. Адже прогресування вагітності сприяє формуванню нових джерел патологічних рефлексів, що зумовлюють різну локалізацію патологічно змінених вен. Структуру оперованих жінок відповідно до типу варикозного розширення вен наведено на рисунку 2.2.

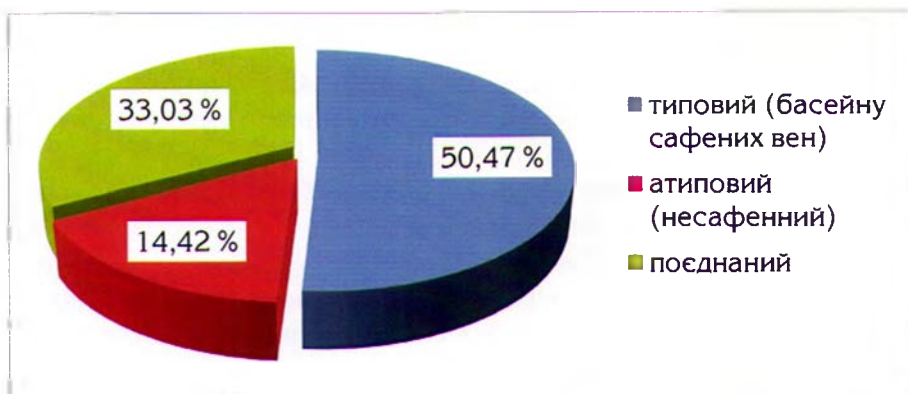


Рисунок 2.2. Розподіл оперованих вагітних (n=840) за типами варикозної хвороби вен

634969

Тазовий варикоз у вагітних ми розглядали, як фізіологічний, компенса-торний процес. Аналіз поширення позасистемного (несафенного) варикозу дав можливість розподілити пацієнток за розповсюдженням (табл. 2.2) та розташуванням патологічного процесу (табл. 2.3).

Таблиця 2.2. Поширення варикозу при несифеному та поєднаному варикозі (n=339)

Ділянка розповсюдження	Абс., %
Варикозне розширення вен великих і малих статевих губ	196 (57,8)
Варикозне розширення вен великих, малих статевих губ, клітора	25 (7,4)
Варикозне розширення вен великих, малих статевих губ, клітора і поодинокі варикозні вузли при вході в піхву	15 (4,4)
Варикозне розширення вен великих і малих статевих губ та промежини (по медіальній поверхні стегна у верхній третині)	103 (30,4)

Таблиця 2.3. Переважне розташування варикозних конгломератів (n=339)

Локалізація	Абс., %
Переважає в лобковій частині зовнішніх статевих органів	204 (60,2)
Переважає в промеженній частині зовнішніх статевих органів	48 (14,1)
Комбіноване	87 (25,7)

Дані, наведені в таблиці 2.3, вказують на різні джерела формування варикозно змінених вен промежини та зовнішніх статевих органів.

Середній вік оперований вагітних склав ($24 \pm 1,5$) року, при цьому наймолодша породілля була віком 18, а найстарша – 45 років.

На ступінь вираження варикозного розширення вен, крім власне причин, зумовлених безпосередньо вагітністю, впливало й число наступних вагітностей. Тому оцінено анамнез варикозної хвороби відповідно до кількості вагітностей та в період між ними (табл. 2.4)

Власне не у всіх вагітних, яких ми обстежили (n=23194), як ми зазначали, діагностували ПХЗВ. Тому слід міркувати, що не тільки безпосередній вплив факторів, що зумовлені вагітністю був єдиним чинником, який провокував появу та розвиток варикозу. Із 840 прооперованих вагітних у 56 (6,67 %) жінок діагностовано синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини (підтверджений виявленням 6 і більше стигм дисембріогенезу).

Таблиця 2.4. Розподіл оперованих вагітних за часом виявлення варикозної хвороби відносно перенесених вагітностей (n=840)

Вагітність	Абс., %
До першої вагітності (басейн сафенних вен)	10 (1,19)
Під час першої вагітності:	126 (15,0)
басейн сафенних вен	80 (11,56)
басейн несафенних вен	12 (1,73)
поєднання басейнів	34 (4,91)
При наступних вагітностях (дві і більше):	704 (83,81)
басейн сафенних вен	471 (53,61)
басейн несафенних вен	29 (4,19)
поєднання басейнів	204 (18,35)
Всього	840 (100)

Ми оцінили також інші предиктори, що сприяли формуванню ПХЗВ у оперованих вагітних (табл. 2.5). Все ж найчастіше спостерігали генетичні, згідно із зібраним анамнезом, фактори в розвитку варикозної хвороби різної локалізації.

Таблиця 2.5. Предиктори формування та розвитку ПХЗВ у вагітних (n=840)

Предиктори	Абс., %
Генетичні (анамнестично)	682 (81,19)
Успадковані (НДСТ)	56 (6,67)
Анатомічні (розташування матки)	48 (5,71)
Перенесенні захворювання малого таза:	
запальні	31 (3,69)
після операційних втручань (аборти)	12 (1,43)
Багатоплідна вагітність	7 (0,83)
Багатовіддя	4 (0,48)
Всього	840 (100)

На вагітних жінок із первинним хронічним захворюванням вен басейну сафенних і/або несafenних вен були складені статистичні карти, що включали комплекс анамнестичних, клінічних, параклінічних і лабораторних досліджень. Анамнестичні дані отримано шляхом особистої співбесіди з пацієнтками, а також дані з виписок з історій хвороб у випадках перебування на стаціонарному лікуванні та обмінних карт вагітних (історій попередніх пологів, історії розвитку плоду та перебігу вагітності).

Встановлювали наявність екстрагенітальної патології, яка могла впливати на перебіг вагітності та пологів (табл. 2.6).

Таблиця 2.6. Екстрагенітальна патологія групи оперованих (n=840)

Екстрагенітальна патологія	Абс., %
Захворювання бронхолегеневої системи: бронхіти, пневмонії	19 (2,26)
Захворювання серцево-судинної системи: артеріальна гіпо- або гіпертензія, компенсовані вади серця, НЦД	34 (4,05)
Захворювання ШКТ: гастрит, холецистит, панкреатит	19 (2,26)
Захворювання сечовивідних шляхів: цистит, пієлонефрит, СКХ	56 (6,67)
Захворювання органів зору: міопія, астигматизм	21 (2,50)
Захворювання ендокринної системи: цукровий діабет 1 і 2 тип, патологія щитоподібної залози	43 (5,12)
Поєднана патологія	64 (7,61)

У всіх пацієток, які підлягали операційному лікуванню (n=840), ми реєстрували симптомний перебіг ПХЗВ, що позначалося індексом S. Основними симптомами прогресування ПХЗВ, що формували показання до операційного лікування були: набряк м'яких тканин нижніх кінцівок, промежини, зовнішніх статевих органів (100 %), тяжкість у нижніх кінцівках та промежині (75 %), парестезії та судоми (14 %), свербіж за ходом судин (60 %), наростання діаметру судин та їх поширення за ходом (61 %). Показання до операційних втручань вказано в таблиці 2.7.

У хірургічному лікуванні використовували метод селективної мініфлебктомії – ASVAL, гемодинамічний метод – CHIVA в різних варіантах та поєднаннях.

У всіх вагітних використано різновид місцевої анестезії (тумінесцентне знеболення) в поєднанні з відволікальною терапією. «Класичну» премедикацію не виконували в жодному випадку для запобігання розвитку акушерських ускладнень, узмовлених наркотичними середниками.