

В.М. Антонюк-Кисіль, В.М. Єнікєєва, С.І. Лічнер, В.М. Липний, М.В. Семенюк*

КЗ “Рівненський обласний перинатальний центр” Рівненської обласної ради;

*ТЗОВ “ЛОКЕ” (гол. лікар – к.мед.н. В.М. Єнікєєва), м. Рівне

КЛІНІКА НЕТИПОВИХ ФОРМ ПРОГРЕСУЮЧОЇ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН У ВАГІТНИХ (ВАРИКОЗ ВЕН ПАХВИННОГО КАНАЛУ)

Резюме. На базі комунального закладу “Обласний перинатальний центр” Рівненської обласної ради з початку 2013 року по 2016 рік включно народжували 14093 пацієнтки. У 825 (5,85%) із них діагностували прогресуючу первинну варикозну хворобу нижніх кінцівок С2-4s, Ер, Аs, р, Рг (клінічний клас за класифікацією СЕАР: С-2 – у 250 вагітних, С-3 – у 566 пацієнток, С-4 – у 9 вагітних), промежини, зовнішніх статевих органів та пахового каналу і в їх поєднанні. Шляхом дуплексного сканування під час вагітності проведено спробу вивчення формування варикозу вен пахвинного каналу. Звертали увагу, через які і з яких венозних басейнів виникає патологічний венозний рефлекс (ПВР) у вени пахвинного каналу. Розглянуто клінічні прояви захворювання залежно від форми варикозного розширення вен пахвинного каналу. Варикозне розширення вен пахвинного каналу виявили в 11,2% обслідуваних, тобто у 86 пацієнток; у 24 (27,9%) пацієнток діагностували ізольоване варикозне розширення вен, яке не поширювалося за межі пахвинного каналу (19 із них народжували вперше), у 38 (44,2%) пацієнток варикозне розширення вен пахвинного каналу виходило за межі пахвинного каналу через зовнішнє пахвинне кільце і формували варикоз зовнішніх статевих органів (32 з них мали двоє і більше пологів), у 24 (27,9%) випадках поєднувалось із варикозним розширенням вен нижніх кінцівок і у 2 з них формувало рецидив варикозного розширення вен нижньої кінцівки. Часто (72,09%) виявлялось однічне ураження вен пахвинного каналу і переважно, у 56 (65,1%) пацієнток, змін зазнавала ліва пахвинна ділянка. У 16 (25,8%) випадках було двобічне ураження. Найчастіше джерелом їх формування були поєднані венозні вітки, які входили через внутрішнє пахвинне кільце від матки і яєчника, у 28 (41,8%) вагітних, рідше – тільки від яєчника у 20 (29,4%) випадках, або від кута матки – 18 (26,5 %) обслідуваних і значно рідше від зовнішньої клубової вени – у 10 (16,7%) обслідуваних.

Ключові слова: причини прогресуючої варикозної хвороби у вагітних, варикозне розширення вен пахвинного каналу, дуплексне сканування вен.

Однією з нетипових форм варикозного розширення вен є прогресуюче варикозне розширення вен круглої зв'язки матки, яке трапляється у 5% випадків. [1]. Може існувати як самостійне захворювання, яке проявляється імітацією пахвинної грижі і як джерело формування варикозу зовнішніх статевих органів. У доступній нам закордонній літературі зафіксовано дуже мало випадків даної патології. Описують випадки, які імітують складку пахвинної грижі під час вагітності або в післяпологовий період. [1-3]. Дану патологію пов'язують із венозним рефлюксом унаслідок венозного застою в системі клубових вен, зумовленого вагітною маткою [4-6]. Для розуміння формування цієї патології виникла необхідність у детальному вивченні з урахуванням анатомії венозної системи пахвинного каналу. Венозна гемодинаміка в системі пахвинних вен є надзвичай динамічною, складною і проблемною для її вивчення,

особливо під час вагітності і, водночас, важливою для розуміння цієї проблеми. У працях школи В.Н. Шевкуненко, присвячених вивченню венозних сплетінь тазу, зазначено, що різновиди в будові цього відділу венозної системи пов'язані зі ступенем редукції первинної венозної клоачної системи, оскільки дистальний відділ кишок і тазові відділи сечостатевої системи виникли з існуючої колись клоаки, що мала єдину венозну сітку [7]. Диференціювання цих органів і їх функцій супроводжувалося природно і диференціюванням їх венозних систем.

Отже, у випадку крайнього ступеня редукції первинної венозної клоачної сітки спостерігаємо максимальне роз'єднання цих систем і протилежне виникає при затримці редукції. Аналогічну ситуацію спостерігаємо в системі рl. Uterovaginalis у жінок. Це заплутана і не цілком систематизована мережа вен, які пересікаються,

зосереджуються навколо матки та містять безліч з'єднаних сплетінь. Ця дуже щільна венозна сітка, розташована як шунт у стегново-клубово-нижньопорожнистій системі, тому хвороба в одному сплетінні може вплинути на іншу. Недостатність або повна відсутність венозних клапанів дозволяє двонаправлений кровоток. Особливістю цієї венозної системи є її здатність адаптуватись до певних умов, зокрема при вагітності [8]. При крайньому ступені редукції первинної венозної сітки в цій системі венозний відтік від внутрішніх статевих органів здійснюється переважно по венах яєчників, у той час при затримці редукції має місце багато шляхів відтоку. Встановлено, що в одних випадках рl. Uterovaginalis має сітчасту будову і велику кількість зв'язків з пристінковими венами і венами прилеглих органів (затримка редукції первинної венозної сітки), в інших випадках вени сечостатевого сплетіння мають вигляд ізольованих стволів з дуже невеликою кількістю анастомозів між ними і зв'язків з венами прилеглих органів (крайній ступінь редукції первинної венозної системи). Відповідно до нормальної анатомії в пахвинному каналі жінок знаходиться кругла зв'язка матки (lig. teresuteri), nn. ilioinguinalis, v., a. spermaticus ext. Поряд з круглою зв'язкою матки знаходиться зарощений піхвовий відросток очеревини, що нагадує своїм виглядом зв'язку, периферійний кінець якої досягає верхньої частини великої статевої губи. Проте Д.Н. Лубоцький (1953) описав наявність v. cremasteri жінок, яка дрениє кров від круглої зв'язки матки і статевих губ [9]. У праці Е. Valian і співавторів зазначено, що вена круглої зв'язки з'єднує з одного боку матково-яєчникову систему, а з іншого – поверхневу епігастральну вену або зовнішню клубову вену, або обидві [10]. Рl. Uterovaginalis з'єднується через анастомози тазових сплетінь, власне, через вени круглої зв'язки з венами передньої черевної стінки. І.Д. Кіратовський (1989) [11] відзначив наявність так званої “вени-анастомозу” (v. cremasterica), яка анастомозує між plexus spermiformis, що трапляється у чоловічої статі при варикоцеле, що схоже, на нашу думку, на варикоз пахвинного каналу у жінок, з v. epigastrica int. гілкою початкового відділу зовнішньої клубової вени в якості потужної анастомотичної венозної дуги між рl. spermiformisi системою зовнішньої клубової вени. Окрім того, в ¼ випадків (В.В. Воробйов) від v. epigastrica inf. відходить v. Obturatoria. Анастомози між вітками внутрішньої клубової вени (v. obturatorica) та вітками зовнішньої клубової вени (v. epigastrica int.) описані у працях Г.Ф. Іванова (1949) [12]. Тому при виникненні па-

тологічного рефлюксу із системи клубових вен у ці вітки, які не часто виявляються в жінок і проявляються, в основному, під час вагітності, формується їх варикозне розширення. Розглядаючи варикозну хворобу як поліетіологічне захворювання з каскадом причин, яке розвивається під час вагітності у період найбільшого навантаження на системи й органи жінки в 1 й 11 триместрах за рахунок гормональних змін в організмі жінки – великі цифри прогестерону, який впливає на стан венозної стінки, гіперволемія – збільшення об'єму циркулюючої крові на 40-50%, відносний фізіологічний стаз у нижніх кінцівках за рахунок збільшення артеріального кровотоку до 5 разів у матці і відповідно крововідтоку по внутрішніх клубових венах, спадкової схильності до виникнення варикозної хвороби нижніх кінцівок призводить до її розвитку і прогресування у вагітних. У певній кількості вагітних в 11 триместрі, окрім вище перерахованих причин, додається екстравазальна компресія (збільшена матка нижньої порожнистої вени і/або клубових вен), що призводить до швидкого прогресування варикозного поширення підшкірних вен [13-16].

Мета роботи: дослідити частоту, динаміку розвитку і клініку первинного варикозного розширення вен пахвинного каналу (ПВРВПК) у вагітних.

Матеріали і методи. На базі комунального закладу “Обласний перинатальний центр” Рівненської обласної ради з початку 2013 р. по 2016 р. включно народжувало 14093 пацієнтки. 825 (5,85%) із них мали прогресуючу первинну мультифокальну варикозну хворобу нижніх кінцівок C2-4s, Ep, As, p, Pr (клінічний клас за класифікацією CEAP: C2 – у 250 вагітних, C3 – у 566 пацієнток, C4 – у 9 вагітних), промежини, зовнішніх статевих органів та пахвинного каналу і в їх поєднанні. У 196 (23,76%) вагітних дана патологія виявлена до першої вагітності, у 401 (48,6%) пацієнтки – виникла під час вагітності, а у 228 (27,64%) – під час наступних вагітностей (двоє і більше).

Анамнестично в обстежених пацієнток у 90,1% випадків захворювання мало спадковий характер, у 7,9% випадків запідозрили недиференційовану дисплазію сполучної тканини.

Із 825 вагітних із варикозним розширенням вен у 719 (87,15%) пацієнток скарги зумовлені клінічними проявами захворювання (варикозні конгломерати на нижніх кінцівках, промежині і статевих губах, набряки, судоми, тяжкість у нижніх кінцівках та промежині тощо), у той же час 106 (12,85%) пацієнток, в основному, турбували

косметичні прояви захворювання. Особливо наявність розширених внутрішньошкірних та підшкірних і ретикулярних вен на відкритих поверхнях кінцівок (гомілки, стопи, підколінна ділянка), на зовнішніх статевих органах. У 659 (79,9%) пацієнток спостерігали прогресування варикозної хвороби впродовж усієї вагітності. Часто прогресування варикозної хвороби у 569 (68,9%) пацієнток відзначили в II триместрі вагітності.

Відповідно до Українського Консенсусу щодо лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок (2005) для вагітних використали другий рівень діагностики – дуплексне сканування [17]. Даний метод не є інвазійним, не спричиняє явних ятрогенних ускладнень як з боку вагітної, так і плоду. Нами обстежено 768 (93,1%) пацієнток, а 268 (34,9%) пацієнткам упродовж вагітності за клінічними показами дуплексне сканування виконували неодноразово. Цей метод дослідження надав нам майже всі дані, необхідні для постановки діагнозу, можливість оцінити динаміку процесу і вибрати стратегію подальшого лікування. Окрім того, В-режим візуалізує венозну структуру, що допомогло нам визначити траєкторію інтрафасціальних шляхів варикозних вен і точно їх локалізувати. Він дозволив оцінити анатомію венозної системи, визначити прохідність і стан клапанного апарату різних сегментів поверхневих, глибоких вен, виявити неспроможність клапанів підшкірних і перфорантних вен, диференціювати венозні й артеріовенозні мальформації, детально вивчити причини прогресуючого варикозного розширення підшкірних вен зовнішніх статевих органів, вен пахвинного каналу, промежини під час вагітності.

УЗД (дуплексне сканування) венозної системи нижніх кінцівок, клубових вен, вен пахвинних каналів 768 (93,09%) пацієнткам проводили за допомогою апарату LANWIND MIRROR II з лінійним датчиком частотою 8-10 MHz в положенні лежачи та стоячи (ортостазі). Для безпечного проведення дослідження (запобігання аортокавального синдрому, синдрому нижньої порожнистої вени) 78% вагітних виконували в положенні лежачи на лівому боці під кутом у 30°. У вагітних дуплексне сканування виконувалося переважно (78% обстежуваних) у другій половині дня, коли наростають клінічні симптоми гемодинамічних порушень у венозній системі (відчуття тяжкості в нижніх кінцівках, промежині, набряки, парестезії) [18, 19]. Результати дуплексного сканування, отримані при дослідженні, у 95% випадків підтверджені даними клінічного огляду пацієнток.

Крім того, уперше прицільно розпочали вивчення частоти і форм ВРВПК шляхом дуплексного сканування вен пахвинного каналу у вагітних пацієнток. Виявили існування як ізольованої форми ПРВПК, так і поєднаної з варикозною хворобою нижніх кінцівок, промежини, зовнішніх статевих органів. Вивчили джерела формування варикозного розширення вен пахвинного каналу та їх участь у формуванні варикозного розширення вен зовнішніх статевих органів.

Вивчали можливий вплив даної венозної патології на матково-плацентарний кровоток плоду за допомогою УЗД в артеріях пуповини, маткових артеріях та середньомозковій артерії плоду, а також серцеву діяльність плоду і тонус матки у вагітних, використовуючи дані кардіотокографії.

Метою дуплексного сканування було не тільки з'ясування джерел ПРВПК, але й динаміка розвитку варикозного розширення вен пахвинного каналу, можливість хірургічної корекції даної патології з визначенням об'єму оперативного втручання для активної безмедикаментозної профілактики акушерських ускладнень (геморагічних, тромбемболічних, тромбофлебетичних) під час вагітності, пологів і в післяпологовому періоді.

Результати досліджень та їх обговорення. При вивченні варикозного розширення вен пахового каналу з'ясували, що дана патологія виявлялась у 11,2% серед вагітних із варикозним розширенням підшкірних вен, що народжували в перинатальному центрі, тобто у 86 пацієнток; у 24 (27,9%) пацієнток виявлено ізольоване варикозне розширення вен у цій ділянці, яке не поширювалося за межі паховинного каналу (19 із них народжували вперше), у 62 (44,2%) пацієнток варикозне розширення вен пахвинного каналу виходило за межі пахвинного каналу через зовнішнє пахвинне кільце і брало участь у формуванні варикозу зовнішніх статевих органів (32 з них мали двоє і більше пологів), у 24 (27,9%) випадках – поєднувалося із варикозним розширенням підшкірних вен нижніх кінцівок і у 2 із них – формувало істинний рецидив варикозного розширення вен нижніх кінцівок.

Часто (72,09%) траплялося однібічне ПРВПК. У 56 (65,1%) пацієнток змін зазнавав лівий пахвинний канал. Рідше, у 16 (25,8%) випадках було двобічне ураження пахвинних каналів. Під час проведення дуплексного сканування пахвинних каналів у 86 пацієнток виявили наявність варикозних конгломератів у вигляді “черв'яків у футлярі” або “канат” із наявністю розширеної дренажної вени круглої зв'язки [20, 21]. Найчас-

тіше джерелом їх формування були поєднані веннозні вітки, які входили через внутрішнє пахвинне кільце від матки і яєчника – у 28 (41,8%) вагітних, тільки від яєчника – у 20 (29,4%) випадках, або від кута матки – у 18 (26,5%) обслідуваних і значно рідше – від зовнішньої клубової вени – у 10 (16,7%) пацієнток. Діаметр венозного пучка, за даними дуплексного сканування, на виході із зовнішнього пахвинного каналу становив до 10,0 мм і виявлявся у 24 (27,9%) вагітних, діаметром більше 10,0 мм помітили у 38 (44,18%) пацієнток. У 12 пацієнток зафіксовано наявність ПВРВПК під час дуплексного сканування, що не проявлялося клінічно. Це найбільш характерне для двобічного характеру ПРВПК, коли одна зі сторін клінічно проявлена і підтверджена даними дуплексного сканування, а інша клінічно себе не проявляє, тільки фіксується під час УЗД.

Також виявили, що ПРВПК має тенденцію до прогресування впродовж усієї вагітності. Так, із 24 вагітних з ізольованим ПВРВПК, який не поширювався за межі пахвинного каналу, що діагностували на початку другого триместру, то у 12 (50%) пацієнток він поширився за межі пахвинного каналу через зовнішнє пахове кільце до середини третього триместру вагітності в період, коли найбільше прогресує варикозне розширення вен.

ПВРВПК, залежно від його поширення по довжині пахвинного каналу і діаметра венозного пучка, по-різному проявляється клінічно. Так, ПВРВПК проявлявся асиметрією пахвинних ділянок як у стоячому, так і в лежачому положеннях (у 86 пацієнток). Біль по ходу пахового каналу різної інтенсивності та тривалості залежно від фізичних навантажень, особливо в другій половині дня, відзначали всі вагітні. Грижоподібні випинання по всій довжині пахвинного каналу, схожі на “канальну грижу” за класифікацією А.П. Кримова, виявлено у 86 вагітних. Випинання в ділянці зовнішнього пахвинного кільця, схожі на “пахвинну грижу сім’яного канатика” за класифікацією А.П. Кримова, виявлено у 56 пацієнток, особливо виражене – у 38 (44,18%) пацієнток, коли пучок варикозно розширених вен пахвинного каналу є в діаметрі більше 10,0 мм і виходять за межі зовнішнього пахвинного кільця. При проведенні проби Вальсальви утворення не значно збільшується у всіх обслідуваних. Пальпуючи випинання – воно спадається при натисканні, не вправляється в черевну порожнину, не “урчить”, не зміщується, не збільшені регіональні лімфатичні вузли. Шкірні покриви, підшкірна клітковина над випинанням, локальна температура не змінені. Пі-

гментація шкірних покривів над ним відсутня. Симптом “кашльового поштовху” відсутній.

Проводили диференційну діагностику ПВРВПК при ізольованій його формі з косою пахвинною грижою у 2 пацієнток. Диференціювали також і між стегною грижою у випадках поєднання ПВРВПК із варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, що формували варикозне розширення вен зовнішніх статевих органів. Це виникло тому, що пучок вен, виходячи з пахвинного каналу, поєднано з флєбектазією v. Pudenda ext., яка є гілкою проксимального відділу великої підшкірної вени, у 8 випадках досягала 20,0 мм у діаметрі і проявляли себе клінічно у вигляді болючого випинання нижче лобкової частини пупартової зв’язки, нагадуючи стегнову грижу.

Основним інструментом у проведенні диференціальної діагностики у вагітних із вище перерахованими станами є дуплексне сканування, поєднане з клінічними проявами захворювань.

Дані, які отримані при вивченні матково-плацентарного і кровотоку плоду при допомозі дуплексного сканування в артеріях пуповини, маткових артеріях та середньомозковій артерії плоду, засвідчили про відсутність негативного впливу даної патології на показники кровотоку в артеріях пуповини, маткових артеріях та середньомозковій артерії; також на серцеву діяльність плоду і тонус матки у вагітних, за даними кардіотокографії.

Отримані результати дослідження необхідні як для акушер-гінекологів, так і хірургів для пояснення болювого синдрому в ділянці пахвинних каналів і оцінки клінічних проявів захворювання у вагітних.

Висновки. 1. Частота варикозного розширення вен пахвинного каналу така: в 11,2% обслідуваних, тобто у 86 пацієнток; у 24 (27,9%) пацієнток відзначено ізольоване варикозне розширення вен у цій ділянці, яке не поширювалося за межі пахвинного каналу (19 із них народжували вперше), у 38 (44,2%) пацієнток варикозне розширення вен пахвинного каналу поєднувалось із варикозним розширенням вен зовнішніх статевих органів, тобто виходило за межі пахвинного каналу через зовнішнє пахвинне кільце і формувало варикоз зовнішніх статевих органів (32 з них мали другі та більше пологів), у 24 (27,9%) випадках – поєднувалось із варикозним розширенням підшкірних вен нижніх кінцівок. 2. Основним методом діагностики ПВРВПК є метод дуплексного сканування. 3. Для безпечного дослідження вен у вагітних шляхом дуплексного сканування необхідно проводити в положенні лежачи на лівому боці під кутом 30 градусів, для запобігання розвитку синдрому нижньої по-

рожнистої вени.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним є подальше дослідження даної патології, досить поширеної в акушерській практиці і практиці загальних хірургів, для розуміння при-

чини болю в пахвинних ділянках, особливо у вагітних, трактування грижоподібних випинань у цих ділянках у диференційній діагностиці пахвинних гриж, гематом пахвинних каналів при розриві вен пахвинного каналу під час переймів.

Список використаної літератури

1. Особенности колатерального кровоснабжения пахового промежутка / Н.В. Антипов, И.В. Фесак, А.Б. Зарицкий, С.В. Войтенко, Д.В. Сироид // Таврический медико-биологический вестник. – 2013. – Т. 16, Ч. 2 (61). – С. 9-11.
2. Василюк М.Д. Варикозная болезнь нижних конечностей у женщин / М.Д. Василюк, М.Г. Шевчук. – К.: Здоров'я, 1993. – 184 с.
3. Залоза К.Н. Варикозное расширение вен при беременности и его лечение / К.Н. Залоза // Хирургия. – 1965. – № 93. – С. 8-41.
4. Иванов Г.В. Основы нормальной анатомии человека: в 2 томах / Г.В. Иванов. – М.: Медгиз, 1949.
5. Курпатовский И.Д. Очерки по хирургической андрологии / И.Д. Курпатовский. – М.: Изд-во УДН, 1989. – 125 с.
6. Крымов А.П. Учение о грыжах / А.П. Крымов. – Ленинград, 1929. – 123 с.
7. Український Консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок. – К., 2005. – 46 с.
8. Лубоцкий Д.Н. Основы топографической анатомии / Д.Н. Лубоцкий. – М.: Медгиз, 1953. – 322 с.
9. Шевченко Ю.Л. Основы клинической флебологии / Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко, М.И. Лыткина. – М.: ОАО: Издательство "Медицина", 2005. – 312 с.
10. Шевкуненко В.Н. Краткий курс оперативной хирургии с топографической анатомией. – Л.: Медгиз, 1951. – 796 с.
11. Pelviperineal venous insufficiency and varicose veins of the lower limbs / E. Balian, J.-L. Lasry, G. Coppe, [et al.] // Phlebology. – 2008. – V. 15, № 1. – P. 17-26.
12. Chi C. A diagnostic dilemma: round ligament varicose itiesin pregnancy / C. Chi, A. Taylor, N. Munjuluri // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2005. – V. 84. – P. 1126-1127.
13. Cheng D. Round ligament varices in pregnancy mimicking inguinal hernia an ultrasound diagnosis // D. Cheng, H. Lam, C. Lam // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 1997. – V. 23. – P. 198-199.
14. Frede T.E. Ultrasonic visualization of varicosities in the female genital tract / T.E. Frede // J. Ultrasound Med. – 1984. – Vol. 3. – P. 365-369.
15. Fronck H.S. The Fundamentals of Phlebology: Venous Disease for Clinicians / H.S. Fronck // American College of Phlebology. – 2008. – V. 16. – P. 32-35.
16. Guiltem P. Round ligament varicosities mimicking inguinal hernia a diagnostic challenge during pregnancy // P. Guiltem, F. Bounoua, G. Duval // Acta Chir. Belg. – 2001. – V. 101. – P. 310-311.
17. Nuang A. Reducible inguinal swelling presenting during pregnancy not always a hernia / A. Nuang, J.H. Tweedie // J. Obstet. Gynecol. – 1998. – V. 18. – P. 284.
18. Nguyen Q.H. Doppler sonography in the diagnosis of round ligament varicosities during pregnancy // Q.H. Nguyen, S.M. Gruenewald, J. Clin // Ultrasound. – 2008. – Vol. 36. – P. 177-179.
19. Unusual Causes of Varicose Veins in the Lower Extremities: CT Venographic and Doppler US Findings / Seung Chai Jung, Whal Lee, Fin Wook Ghung [et al.] // RG. – 2009. – V. 29, № 2. – P. 525-539.
20. Pitkington S.A. Ultrasound diagnosis of round ligament varicosities mimicking inguinal hernias in pregnancy // S.A. Pitkington, M. Rees, O. Jones // Surg. Engl. – 2004. – Vol. 86. – P. 400-401.
21. Unusual Causes of Varicose Veins in the Lower Extremities: CT Venographic and Doppler US Findings. / Seung Chai Jung, Whal Lee, Fin Wook Ghung [et al.] // RG. – 2009. – V. 29, № 2. – P. 525-539.

КЛИНИКА НЕТИПИЧНЫХ ФОРМ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН У БЕРЕМЕННЫХ (ВАРИКОЗ ВЕН ПАХОВОГО КАНАЛА)

Резюме. На базе коммунального учреждения "Областной перинатальный центр" Ровенского областного совета с начала 2013 года по 2016 год включительно рожало 14093 пациентки. У 825 (5,85%) из них диагностировали прогрессирующую первичную варикозную болезнь нижних конечностей С2-4s, Ер, As, р, Рг (клинический класс по классификации СЕАР: С-2 у 250 беременных, С-3 – у 566 пациенток, С-4 у 9 беременных), промежности, наружных половых органов и пахового канала и в их

сочетании. Путем дуплексного сканирования во время беременности выполнено попытку изучения формирования варикоза вен пахового канала. Обращали внимание, через которые и из которых венозных бассейнов возникает патологический венозный рефлекс (ПВР) в вены пахового канала. Рассмотрены клинические проявления заболевания в зависимости от формы варикозного расширения вен пахового канала. Варикозное расширение вен пахового канала обнаружили у 11,2% обследованных, то есть у 86 пациенток; у 24 (27,9%) пациенток диагностировали изолированное варикозное расширение вен, не распространяющееся за пределы пахового канала (19 из них рожали впер-

вые), у 38 (44,2%) пациенток варикозное расширение вен пахового канала выходило за пределы пахового канала через внешнее паховое кольцо и формировало варикоз наружных половых органов (32 из них имели двое и более родов), у 24 (27,9%) случаях сочеталось с варикозным расширением вен нижних конечностей и у 2 из них формировало рецидив варикозного расширения вен нижней конечности. Чаще всего (72,09%) встречалось одностороннее поражение вен пахового канала и преимущественно, у 56 (65,1%) пациенток, изменений испытывал левый паховый участок. У 16 (25,8%) случаях было двустороннее поражение. Чаще всего источником их формирования были соединенные венозные ветки, входящие через внутреннее паховое кольцо от матки и яичника, у 28 (41,8%) беременных, реже - только от яичника у 20 (29,4%) случаях, или от угла матки - 18 (26,5%) обследованных и значительно реже от наружной подвздошной вены - у 10 (16,7%) обследованных.

Ключевые слова: причины прогрессирующей варикозной болезни у беременных, варикозное расширение вен пахового канала, дуплексное сканирование вен.

CLINIC OF ATYPICAL FORMS OF PROGRESSIVE VARICOSE VEINS IN PREGNANT WOMEN (VARICOSE VEINS OF THE INGUINAL CANAL)

Abstract. Based on Public Facility "Rivne Regional Perinatal Center" of Rivne Regional Council since the beginning of 2013 to 2016 inclusively 14,093 patients gave birth. 825 (5.85%) of them were diagnosed with progressive primary varicose veins of the lower extremities C2-4s, Ep, As, p, Pr (clinical class according to CEAP classification: C-2 – in 250 pregnant women, C-3 – in 566 patients, C-4 – in 9 pregnant women), perineum, external genitalia and inguinal canal and in their combination. By duplex scanning during pregnancy attempts were made to study the formation of varicose veins of the inguinal canal. The attention was paid through which and from which venous pools there is abnormal venous reflex (AVR) in the vein of the inguinal canal. The clinical manifestations of disease depending on the form of varicose veins of inguinal canal were considered. Varicose veins of the inguinal canal were found in 11.2% of examined persons, ie in 86 patients; 24 (27.9%) patients were diagnosed with isolated varicose veins, which did not extend beyond the inguinal canal (19 of them gave birth for the first time), in 38 (44.2%) patients varicose veins of the inguinal canal were within the inguinal canal through the external inguinal ring and formed varicose veins of the external genitalia (32 of them had two or more births), in 24 (27.9%) cases it was combined with varicose veins of the lower extremities and two of them formed a recurrence of varicose veins of the lower extremity. Mostly (72.09%) there was met unilateral veins lesions of the inguinal canal and, preferably, in 56 (65.1%) patients, changes were experienced in the left inguinal region. In 16 (25.8%) cases there was bilateral lesion. Often the source of their formation were combined venous branches, which were through the internal inguinal ring from the uterus and ovary, in 28 (41.8%) of pregnant women, at least – only from ovary in 20 (29.4%) cases, or from the angle of the uterus – 18 (26.5%) examined persons and much less from the external iliac vein – in 10 (16.7%) examined persons.

Key words: causes of progressive varicose veins in pregnant women, varicose veins of the inguinal canal, venous duplex scan.

Public Facility "Rivne Regional Perinatal Center" of Rivne Regional Council (Rivne);
"LOKE" Ltd (Rivne)

Надійшла 23.03.2017 р.

Рецензент – проф. Домбровський Д.Б. (Чернівці)