

Лікування нетипових форм прогресуючої варикозної хвороби вен у вагітних (варикоз вен пахвинного каналу)

В.М. Антонюк-Кисіль¹, І.Я. Дзюбановський², В.М. Єнікеєва¹, С.І. Лічнер¹, В.М. Липний¹, М.В. Семенюк²

¹КЗ «Рівненський обласний перинатальний центр»

²ТОВ «ЛОКЕ», м. Рівне

³ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

Мета дослідження: розроблення і впровадження використання даних дуплексного сканування у безпечному лікуванні різних форм первинного прогресуючого варикозного розширення вен пахвинного каналу (ППВРВПК) у II–III триместрах вагітності.

Матеріали та методи. На базі комунального закладу «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради з початку 2013 р. до січня 2017 р. включно народжували 14 093 пацієнтки. З них у 825 (5,85%) діагностували прогресуючу первинну мультифокальну варикозну хворобу нижніх кінцівок C2-4s, Er, As, p, Pr (клінічний клас за класифікацією CEAP: C2 – у 250, C3 – у 566, C4 – у 9 вагітних), промежини і зовнішніх статевих органів та пахвинного каналу і їхнє поєднання. У 196 (23,76%) вагітних дана патологія була виявлена до першої вагітності, у 401 (48,6%) пацієнтки – під час вагітності, а у 228 (27,64%) пацієнток – при наступних вагітностях (дві і більше).

Результати. Проаналізовано дані хірургічного лікування 54 вагітних, які дали згоду на проведення операції згідно з розробленими нами показаннями та методами у II–III триместрах з ППВРВПК, як з ізольованою його формою, так і у поєднанні з мультифокальним розширенням вен нижніх кінцівок, зовнішніх статевих органів та промежини. Основним доступним малотравматичним неінвазійним методом дослідження вен у вагітних для встановлення з високою достовірністю діагнозу та отримання інформації про результати лікування у післяопераційний період є дуплексне сканування. Прооперовано 54 вагітні з позитивним результатом лікування у всіх пацієнток. Ускладнень з боку як плодів, так і вагітних не зафіксовано, про що свідчать стабільні у межах норми показники кардіотокографії плодів, кровотоку в артеріях пуповини, середньомозковій артерії плодів та внутрішніх клубових артеріях вагітних у післяопераційний період за даними дуплексного сканування.

Заключення. Під час аналізу результатів хірургічного лікування підтверджена висока (100%) безпечність його для плоду і вагітної зі 100% позитивним клінічним результатом у післяопераційний період.

Ключові слова: первинне прогресуюче варикозне розширення вен пахвинного каналу (ППВРВПК), дуплексне сканування вен, хірургічне лікування ППВРВПК у вагітних.

Однією з нетипових форм варикозного розширення вен є прогресуюче варикозне розширення вен круглої зв'язки матки, яке трапляється у 5% випадків [1]. Його можуть діагностувати як самостійне захворювання, що проявляється імітацією пахвинної грижі, і як джерело формування варикозу зовнішніх статевих органів. У доступній закордонній літературі описується дуже мало випадків даної патології. Наво-

дяться випадки, які імітують складну пахвинну грижу під час вагітності або у післяпологовий період [2–4]. Опис варикозного розширення вен пахвинного каналу майже не зустрічається у вітчизняній літературі, тим більше його лікування, особливо у вагітних. Є лише невеличка робота, яка детально пов'язана із даною проблемою [5].

Дану патологію пов'язують із венозним рефлексом унаслідок венозного застою у системі клубових вен, зумовленого вагітною маткою [6–8]. Венозна гемодинаміка у системі клубових вен є надзвичайно динамічною і складною для її вивчення (особливо під час вагітності), водночас важливою для розуміння цієї проблеми. Єдиним безпечним до певної міри методом вивчення венозної системи у жінок під час вагітності на сьогодні є дуплексне сканування [6, 8, 18].

Для розуміння формування цієї патології виникла необхідність у детальному вивченні з урахуванням рідкісних варіантів анатомії венозної системи пахвинного каналу. У працях школи В.Н. Шевкуненко, присвячених вивченню венозних сплетень таза, зазначено, що різновиди в будові цього відділу венозної системи пов'язують зі ступенем редукції первинної венозної клоачної системи, оскільки дистальний відділ кишечника і тазові відділи сечостатевої системи розвинулися з існуючої колись клоаки, що мала єдину венозну сітку [9, 10]. Диференціювання цих органів і їхніх функцій супроводжувалося природно і диференціюванням їхніх венозних систем.

Отже, у випадку крайнього ступеня редукції первинної венозної клоачної сітки спостерігається максимальне роз'єднання цих систем і протилежне виникає у разі затримки редукції. Аналогічна ситуація спостерігається у системі *pl.uterovaginalis* у жінок. Це заплутана і не цілком систематизована мережа вен, які пересікаються, зосереджуються навколо матки, включає безліч з'єднаних сплетень. Ця дуже щільна венозна сітка розташована як шунт у стегново-клубово-нижньопорожнистій системі, тому хвороба в одному сплетенні може вплинути на інше. Недостатність або повна відсутність венозних клапанів дозволяє двонаправлений кровотік. Особливістю цієї венозної системи є її здатність адаптуватись до певних умов, зокрема під час вагітності [11].

При крайньому ступені редукції первинної венозної сітки в цій системі венозний відтік від внутрішніх статевих органів здійснюється переважно по венах яєчників, у той самий час при затримці редукції має місце багато шляхів відтоку. Установлено, що в одних випадках *pl.uterovaginalis* має сітчасту будову і велику кількість зв'язків із парієтальними венами і з венами сусідніх органів (затримка редукції первинної венозної сітки), в інших випадках вени сечостатевого сплетення мають форму ізольованих стволів із дуже невеликою кількістю анастомозів між ними і зв'язків із венами сусідніх органів (крайній ступінь редукції первинної венозної системи).

Згідно з нормальною анатомією, у пахвинному каналі жінок знаходиться кругла зв'язка матки (*lig.teres uteri*), *nn.ilioinguinalis*, *v. a. spermaticus ext.* Поряд з круглою зв'язкою матки знаходиться зарощений піхвовий відрізок очеревини, що нагадує своїм виглядом зв'язку, периферійний кінець якої досягає верхньої частини великої статевої губи. Д.Н. Лубоцький (1953) описав наявність *v.semiastrag* у жінок, яка дрениє кров від круглої зв'язки матки і статевих губ [12]. У праці Е. Balian і співавторів за даними дуплексного сканування 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. *Pl.uterovaginalis* з'єднується через анастомози тазових сплетень, власне, через вени круглої зв'язки із венами передньої черевної стінки [11]. І.Д. Кіратовський (1989) [13] вказав на наявність так званої вени-анастомози (*v.semiastragica*), яка анастомозує між *plexus ramiiformis*, що діагностують у чоловічої статі під час варикоцеле, що схоже, на нашу думку, на варикоз пахвинного каналу у жінок, з *v.epigastrica int.* гілкою початкового відділу зовнішньої клубової вени у якості потужної анастомотичної венозної дуги між *pl.ramiiformis* і системою зовнішньої клубової вени.

Окрім того, в 1/4 випадків (В.В. Воробйов) від *v.epigastrica inf.* відходить *v.obturatoria*. Анастомози між гілками внутрішньої клубової вени (*v.obturatorica*) та гілками зовнішньої клубової вени (*v.epigastrica int.*) відзначені в роботах Г.Ф. Іванова (1949) [14]. Тому виникнення патологічного рефлюксу із системи клубових вен у ці гілки, які не часто виявляються у жінок і проявляються в основному під час вагітності, призводить до формування їхнього варикозного розширення.

Розглядаючи варикозну хворобу як поліетіологічне захворювання з каскадом причин, що запускається під час вагітності, як період найбільшого навантаження на системи й органи у жінки у I та II 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 у III триместрі, окрім вище перерахованих причин, додається екстравазальна періодична позиційна компресія збільшеною маткою нижньої порожнистої вени і/або клубових вен, що призводить до швидкого прогресування варикозного розширення підшкірних вен [15, 16].

Мета дослідження: розроблення і впровадження використання даних дуплексного сканування у безпечному лікуванні різних форм первинного прогресуючого варикозного розширення вен пахвинного каналу (ППВРВПК) у II–III триместрах вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На базі комунального закладу «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради з початку 2013 р. до січня 2017 р. включно народжували 14 093 пацієнтки. З них у 825 (5,85%) діагностували прогресуючу первинну мультифокальну варикозну хворобу нижніх кінцівок С2-4s, Ер, Аs, р, Рr (клінічний клас за класифікацією СЕАР: С2 – у 250, С3 – у 566, С4 – у 9 вагітних), промежини і зовнішніх статевих органів та пахвинного каналу і їхнє поєднання. У 196 (23,76%) вагітних дана патологія була виявлена до першої вагітності, у 401 (48,6%) пацієнтки – під час вагітності, а у 228 (27,64%) пацієнток – при наступних вагітностях (дві і більше).

Анамнестично в обстежених пацієнток у 90,1% випадків захворювання було спадковим, у 7,9% випадків запідозрили недиференційовану дисплазію сполучної тканини.

Із 825 вагітних із варикозним розширенням підшкірних вен у 719 (87,15%) пацієнток скарги були зумовлені клінічними проявами захворювання (варикозні конгломерати на нижніх кінцівках, промежині і статевих губах, набряки, судоми, важкість у нижніх кінцівках та промежині і ін.), у той самий час 106 (12,85%) пацієнток в основному турбували косметичні прояви захворювання – особливо наявність розширених внутрішньошкірних, підшкірних вен, ретикулярних вен на відкритих поверхнях кінцівок (гомілки, стопи, підколінна ділянка), на зовнішніх статевих органах. У 659 (79,9%) пацієнток спостерігалось прогресування варикозної хвороби протягом усієї вагітності. Найчастіше прогресування варикозної хвороби у 569 (68,9%) пацієнток відзначали у II триместрі вагітності.

Згідно з Українським Консенсусом з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок (2005) у вагітних використали другий рівень діагностики – дуплексне сканування [17]. Даний метод не є інвазивним, не спричиняє явних ятрогенних ускладнень як з боку вагітної, так і плода. Було обстежено 768 (93,1%) пацієнток, а 268 (34,9%) пацієнткам протягом вагітності дуплексне сканування за клінічними показаннями виконували неодноразово. Цей метод дослідження надав майже всі дані, необхідні для встановлення діагнозу, можливості оцінити динаміку процесу і вибрати стратегію подальшого лікування.

Окрім того, В-режим візуалізує венозну структуру, що допомогло 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. Причиною необхідності детального вивчення прогресуючого варикозного розширення підшкірних вен зовнішніх статевих органів, вен пахвинного каналу, промежини під час вагітності стала неефективність консервативної терапії у лікуванні даної патології. Для цього потрібно було з'ясувати особливості у розвитку варикозного процесу під час вагітності у наведених вище венозних басейнах і як цьому запобігти з мінімальним негативним впливом на перебіг вагітності, розвиток плода, пологового і післяпологового періодів. Постало питання у виборі активних безмедикаментозних безпечних методів лікування, яким, на нашу думку, є хірургічне втручання у II або III триместрах 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 з частотою 8–10 MHz у положенні лежачи і стоячи (ортостазі). Для безпечного проведення (запобігання аортокавальному синдрому, синдрому нижньої порожнистої вени) дослідження у 78% вагітних виконували у положенні лежачи на лівому боці під кутом 30 градусів. Також проводили так звану пробу з екстравазальною компресією протягом 5 хв варикозних вен у проекції зовнішнього пахвинного кільця у 62 вагітних з ППВРВПК, яке поширилося за його межі, імітуючи їхню перев'язку. Вивчали можливі зміни венозної гемодинаміки у системі вен органів, з яких виникали рефлюкси. Оцінювали, чи не погіршувалась венозна гемодинаміка, чи не наростало повнокров'я у цих венозних басейнах, особливо у матці, і чи не було впливу на стан плода. Дуплексне сканування виконували переважно (78% пацієнток) у другій половині дня, коли посилюються клінічні симптоми гемодинамічних порушень у венозній системі (відчуття важкості у нижніх кінцівках, промежині, набряки, парестезії) [18, 19]

Результати дуплексного сканування, отримані під час дослідження, у 95% випадків підтверджені даними клінічного огляду пацієнток. Вивчали вплив різних форм даної ве-

нозної патології на стан плода до операції і після її проведення. Для цього використали комплекс показників кардіотокографії (базальна частота серцевих скорочень, амплітуда варіабельності базального ритму, наявність децелерації, акселерації і їхню частоту за критеріями Доуса–Редмана), швидкість кровотоку в артеріях пуповини, центральній мозковій артерії плода та внутрішніх клубових артеріях матері шляхом дуплексного сканування.

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

Метою дуплексного сканування було не тільки з'ясування джерел ППВРВПК, але можливості хірургічної корекції даної патології з визначенням безпечного об'єму оперативного втручання для активної безмедикаментозної профілактики акушерських ускладнень (геморагічних, тромбоемболічних, тромбофлебетичних) під час вагітності, пологів і у післяпологовий період.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час вивчення ППВРВПК з'ясували, що дана патологія виявлена в 11,2% вагітних із варикозним розширенням вен і у 0,61% тих, що народжували у перинатальному центрі, тобто у 86 пацієнток. Із 86 пацієнток з ППВРВПК у 36 (41,86%) вагітних ППВРВПК поширювалось за межі пахвинного каналу через зовнішнє пахвинне кільце і формувало варикоз зовнішніх статевих органів (32 з них мали двоє та більше пологів), у 24 (27,9%) пацієнток діагностовано у формі ізольованого варикозного розширення вен, яке не виходило за межі пахвинного каналу (19 із них народжували вперше), у 22 (25,58%) пацієнток – поєднувалось із варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, промежини і зовнішніх статевих органів, а у 4 (4,65%) вагітних, що мали 4 і більше вагітностей, – як причина несафенного варикозного розширення вен нижніх кінцівок.

Найчастіше (72,09%) виявляли одностороннє ураження вен пахвинного каналу. У 72 (83,72%) пацієнток ППВРВПК виникало у лівому пахвинному каналі. Двобічне ураження пахвинних каналів діагностовано у 16 (18,60%) випадках. При цілеспрямованому проведенні дуплексного сканування пахвинних каналів у 86 пацієнток виявили наявність варикозних конгломератів у формі «черв'яків у футлярі» із наявністю розширеної дренажної вени круглої зв'язки (мал. 1) [2, 18]. Найчастіше у 28 (32,56%) вагітних джерелом їхнього формування були поєднані венозні гілки, які входили через внутрішнє пахвинне кільце від матки і яєчника, або від кута матки – у 28 (32,56%) обстежених, рідше – тільки від яєчника – у 20 (23,25%) випадках і значно рідше – від зовнішньої клубової вени – у 10 (11,62%) пацієнток.

У 86 вагітних ППВРВПК мало різні клінічні прояви. Це залежало від діаметра варикозного розширення вен та поширення їх по пахвинному каналу. У 12 пацієнток ППВРВПК діагностували як знахідку, виявлену під час дуплексного сканування, що не проявлявся клінічно. Це найбільш характерне для двобічного характеру варикозного розширення вен пахвинного каналу, коли одна із сторін клінічно проявлена і підтверджена даними дуплексного сканування, а інша – клінічно себе не проявляє, тільки фіксується під час УЗД. Венозний пучок, за даними дуплексного сканування, на виході із зовнішнього пахвинного каналу діаметром до 10 мм виявили у 24 (27,9%) пацієнток; більше 10 мм, що виходить

за межі зовнішнього пахвинного кільця, діагностовано у 38 (44,18%) вагітних. Тільки за наявності пучка варикозно розширених вен пахвинного каналу діаметром більше 10 мм, що виходять за межі зовнішнього пахвинного кільця, під час огляду виявили наявність у цій ділянці припухлості, яка незначно збільшувалася при виконанні проби Вальсальви і була схожа на пахвинну грижу.

Клінічно ППВРВПК у всіх 86 пацієнток, як при його ізольованій формі, так і у поєднаних, проявлявся асиметрією пахвинних ділянок за рахунок збільшення їхнього об'єму венами, які знаходяться у пахвинному каналі і/або у ділянці зовнішнього пахвинного кільця, як у стоячому, так і в лежачому положеннях. Усі вагітні відзначали біль з тенденцією до наростання за ходом пахвинного каналу різної інтенсивності й тривалості залежно від фізичних навантажень і терміну вагітності, особливо у другій половині дня.

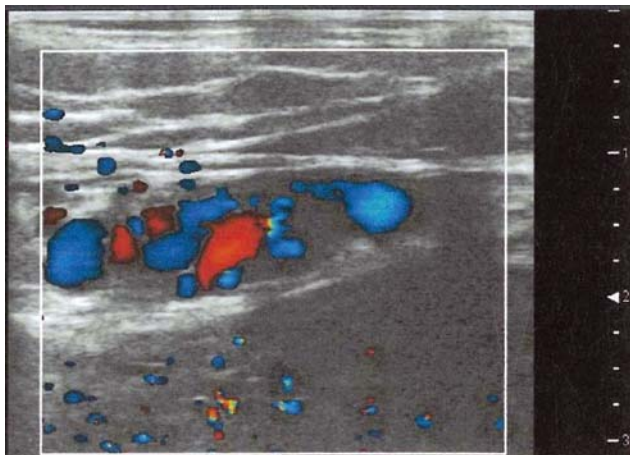
Грижеподібні випинання за всією довжиною пахвинного каналу, схожі «на каналну килу» за класифікацією А.П.Кримського, виявлено у 86 вагітних. Випинання у ділянці зовнішнього пахвинного кільця відзначено у 56 пацієнток. При проведенні проби Вальсальви утвір незначно збільшується у всіх обстежуваних. Під час пальпації випинання воно спадається при натисканні і швидко відновлюється після припинення компресії на утвір, не вправляється у черевну порожнину, не «урчить», не зміщується, регіональні лімфатичні вузли не збільшені. Шкірні покриви, підшкірна клітковина, локальна температура не змінені над випинанням. Пігментація шкірних покривів над ним відсутня. Симптом «кашльового поштовху» відсутній.

У 4 пацієнток ППВРВПК стало причиною варикозного розширення вен нижніх кінцівок по передньолатеральній поверхні стегна, гомілки з переходом на ступню у формі внутрішньошкірного варикозу. При дуплексному скануванні відзначено наявність венозних гілок, які відходять від вен пахвинного каналу, поширюючись у формі варикозних конгломератів, що розташовуються поблизу або навколо стовбурів великої і/або малої підшкірних вен, не анастомозуючи з ними. З'єднуються тільки стеговими і/або гомілковими перфорантами. У той самий час велика і/або мала підшкірні вени інтактні.

Усім 56 пацієнткам виконали пробу з екстравазальною компресією вен, що виходять із зовнішнього пахвинного кільця, шляхом пальцевого притискання їх до лонної кістки протягом 5 хв, імітуючи їхню перев'язку, під контролем дуплексного сканування вен, що входять у внутрішнє пахвинне кільце. Мета проби – виявити можливі гемодинамічні порушення у формі наростання гіперволемії у венах матки, яєчникових венах. Відзначено, що при виконанні проби гемодинамічних порушень у венах матки та яєчникових венах не виявлено, а також негативних клінічних проявів як з боку матері, так і плода.

Після встановлення чіткого діагнозу ППВРВПК, його поширення у пахвинному каналі до його меж, особливо до зовнішнього пахвинного кільця, як в ізольованій формі, так і в поєднанні з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, промежини і зовнішніх статевих органів, постало питання про вибір методу лікування цієї проблеми через наростання клінічних проявів захворювання у вагітної, що впливає негативно на її фізичну активність, психологічний стан.

Тактика лікування даної патології формується колегіально, за рішенням акушера-гінеколога і судинного хірурга (бажано флеболога), після огляду вагітної, оцінювання клінічних та інструментальних даних обстеження. Акушер-гінеколог проводить оцінювання скарг, загального стану вагітної і плода, аналізуючи показники кардіотокографії (КТГ), фетометрії, зважає ризики впливу того чи іншого методу лікування на стан плода і матері, на перебіг вагітності та вибір періоду, у який найкраще і безпечніше



Мал. 1. УЗ-картина варикозного розширення вен пахвинного каналу, що вийшов за межі зовнішнього пахвинного кільця у вагітної (до операції)

проводити той чи інший метод лікування. Флеболог оцінює можливості й ризики впливу анестезіологічного забезпечення, визначає об'єм безпечної хірургічної допомоги та його вплив на матір і плід.

Після цього сформовану тактику лікування (консервативну чи хірургічну), залежно від форм ППВРВПК і клінічних проявів захворювання, доводили до відома вагітної, роз'яснюючи суть кожного методу лікування, особливо суть хірургічної тактики, яка базується на певних критеріях: запобігання прогресуванню захворювання, стабілізуючи його для коректного виношування вагітності; активна безмедикаментозна профілактика акушерських ускладнень (геморагії, тромбоемболії, тромбофлебиту); підготовка пологових шляхів до проведення пологів природним шляхом, запобігаючи геморагічним ускладненням варикозних вузлів зовнішніх статевих органів промежини та зменшуючи показання до пологів через кесарів розтин. Після цього вибір методу лікування робить самостійно вагітна.

Із 86 пацієнток із різними формами ППВРВПК на оперативне лікування дали згоду 54 (62,8%) вагітні: з ізольованою формою ППВРВПК – 23 (42,6%) вагітні, з поєднанням ППВРВПК з прогресуючим варикозним розширенням вен нижніх кінцівок – 17 (31,5%) вагітних та 14 (25,9%) вагітних – з поєднанням ППВРВПК з варикозним розширенням вен зовнішніх статевих органів, промежини та нижніх кінцівок.

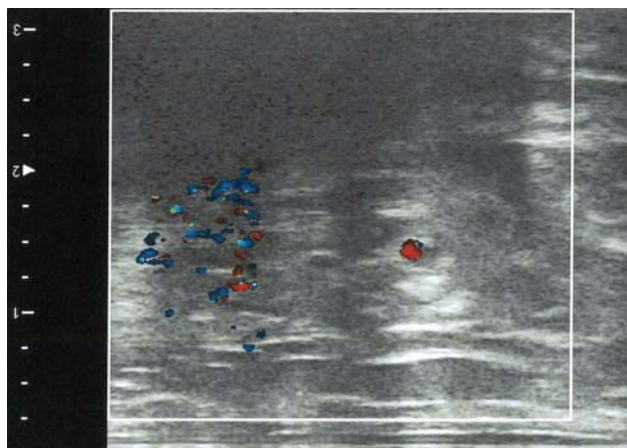
Оперативне втручання (у 96% пацієнток) планували переважно з другої половини II і протягом III триместра вагітності. Користувалися розробленою нами тактикою лікування.

Оперативне втручання виконували без премедикації у присутності анестезіолога з розташуванням у 75% випадків вагітної на лівому боці або з поворотом деки операційного столу під кутом 15–30 градусів. Катетеризували ліктьову вену, налагоджували крапельну інфузію фізіологічного розчину. Використовували як місцевий анестетик розчин 0,15% новокаїну у кількості від 40 мл (мінімальна кількість) до 120 мл (максимальна). У 46 (85,2%) пацієнток виконували однібічне оперативне втручання у 8 (14,8%) пацієнток – двобічне в одну сесію.

1-й варіант – 13 (25,9%) пацієнткам із клінічними проявами ППВРВПК, який не виходив за його межі, і підтвердженою дуплексним скануванням патологією проводили динамічне спостереження з проведенням періодичного дуплексного сканування пахвинних каналів за клінічними показаннями. Рекомендовано обмеження фізичних навантажень та носіння спеціальної білизни.



Мал. 2. Видяг операційного доступу та варикозно розширених вен пахвинного каналу в операційній рані у ділянці зовнішнього пахвинного кільця



Мал. 3. УЗ-картина пахвинного каналу на 5-у добу після операції

2-й варіант – у 18 (33,3%) вагітних із клінікою ППВРВПК, що вийшов за межі пахвинного каналу, та підтвердженою дуплексним скануванням патологією (з них 10 пацієнток, що вперше госпіталізовані у центр уже з клінікою ППВРВПК, а також у 8 вагітних із 13 з ізольованою формою ППВРВПК, за якими велось динамічне спостереження, виявлено прогресування захворювання протягом II–III триместрів, у яких, за даними клінічних проявів і дуплексного сканування, вийшло за межі пахвинного каналу) і сформувало варикозне розширення вен зовнішніх статевих органів. Окрім того, грижеподібне випинання у ділянці зовнішнього пахвинного кільця обмежувало носіння білизни, збільшення болю при фізіологічних відправленнях, на-

бракю м'яких тканин промежини, виражена деформація зовнішніх статевих органів стали причиною для виконання під місцевим знеболюванням (тумесцентна анестезія) перев'язки вен пахвинного каналу у ділянці зовнішнього пахвинного кільця двома лігатурами із розрізу, паралельного пупартовій зв'язці, в проекції зовнішнього пахвинного кільця без розкриття пахвинного каналу (мал. 2).

З метою зменшення больового синдрому під час виділення венозного пучка у зовнішньому пахвинному кільці і його перев'язки звертали увагу на наявність кінцевої гілки *nn. ilioinguinalis, ramus femoralis n. genitofemoralis* по нижній сфері його.

3-й варіант – у 14 (25,9%) пацієнок з варикозом зовнішніх статевих органів, який сформований ППВРВПК, у поєднанні з варикозно зміненими гілками великої підшкірної вени. За даними дуплексного сканування великої підшкірної вени відзначено локальний рефлюкс у верхній третині її через неефективний остіальний клапан у зовнішню соромну вену, додаткову медіальну гілку із проксимального її відділу, що брали участь у формуванні варикозного розширення вен зовнішніх статевих органів і промежини, але ці басейни вен не анастомозуються між собою. У такому випадку виконували одночасно перев'язку вен пахвинного каналу у зовнішньому пахвинному кільці і проксимального відділу великої підшкірної вени і її гілок у ділянці підшкірно-стегнового злиття зі збереженням стовбура – із 2 окремих розрізів: один у проекції зовнішнього пахвинного кільця, другий – у проекції підшкірно-стегнового з'єднання через модифікований розріз Черв'якова.

4-й варіант – у 17 (30,35%) вагітних виявили поєднання ППВРВПК з прогресуючим розширенням вен зовнішніх статевих органів, промежини та вен нижньої кінцівки. Оперативне втручання виконували в одну сесію у такій послідовності: перев'язка вен пахвинного каналу у зовнішньому пахвинному кільці. За наявності вертикального рефлюксу виконували перев'язку проксимального відділу великої підшкірної вени і її гілок у ділянці підшкірно-стегнового злиття 10 вагітним або малої підшкірної вени у ділянці підколінно-підшкірного злиття 3 пацієнткам і 4 оперованим у підшкірно-стегновому і підшкірно-підколінному сполученнях одночасно. Ліквідацію горизонтальних рефлюксів по декомпенсованих перфорантних венах, які виявлені, локалізовані і відзначені на шкірних покривах дуплексним скануванням (на стегні – у 4 вагітних, на гомілці – у 10 пацієнок і у 3 – на стегні і гомілці), виконували шляхом надфасціальної їх перев'язки. Також видаляли венозні резервуари (варикозні конгломерати) на стегні і/або гомілці (на стегні – 3 вагітним, на гомілці і у верхній третині – 5 вагітним і 9 вагітним – одноразово на стегні по медіальній поверхні у середній третині і гомілці у верхній третині) із міні-доступів за Мюллером зі збереженням стовбурів великої і/або малої підшкірних вен.

5-й варіант – виконаний у 4 (7,14%) вагітних (3 вагітні мали однобічне ураження, у 1 пацієнтки було двобічне), у яких ППВРВПК було причиною несафенного варикозного розширення вен нижніх кінцівок. Суть оперативного втручання: під тумесцентною анестезією виконано перев'язку у ділянці зовнішнього пахвинного кільця вен пахвинного каналу та гілок, що відходять від них і які поширюються по передній і латеральній поверхні стегна, гомілки з переходом на ступню.

Операційні рани зашивали внутрішньодермально проленовою ниткою. Позитивний результат хірургічного лікування відзначено у всіх 56 оперованих пацієнок (мал. 3).

Контроль за безпечністю оперативного втручання як для вагітної, так і плода проводили шляхом оцінювання критеріїв кадіотокографії, фетометрії до і після операції,

визначаючи тонус матки, характеристику серцебиття плода та його рухи. Під час проведення операції, анестезії і у післяопераційний період ускладнень з боку матері і плода не виявлено. Перебіг вагітності, розвиток плода у післяопераційний період був без особливостей. Змін у тонусі матки, характеристиці серцебиття і рухів плода за даними кадіотокографії не виявлено. Відзначено, що рефлюкси, зафіксовані до операції, після операції за даними дуплексного сканування відсутні, позаяк перев'язані, появи нових не виявлено. Післяопераційні рани зажили первинним натягом. Вагітних, оперованих у II триместрі і на початку III триместра, виписували на 2-й день після операції під нагляд лікаря-акушера за місцем проживання з відновленою фізичною активністю у повному обсязі. Пацієнтки, оперовані наприкінці III триместра, знаходилися у стаціонарі до пологів. Фізичні навантаження рекомендовані через 24 год після операції у повному обсязі усім пацієнткам. Антибіотики, венотоники, дезагреганти у післяопераційний період не призначали. Усім вагітним рекомендовано носіння еластичного трикотажу (панчіх) з класом компресії 2. Знеболювальні препарати у післяопераційний період у таблетованій формі використовували 25% оперованих вагітних протягом 12 год.

ВИСНОВКИ

Дуплексне сканування не є інвазійним методом та не спричиняло ятрогенних ускладнень вагітної та плода. Це дослідження надало майже всі дані, необхідні для встановлення етіологічного діагнозу варикозу, сприяло можливості оцінити динаміку процесу і вибрати стратегію подальшого лікування.

Варикозне розширення вен пахвинного каналу виявлено в 11,2% обстежених, тобто у 86 вагітних: у 24 (27,9%) пацієнок відзначено ізольоване варикозне розширення вен у цій ділянці, яке не поширювалося за межі пахвинного каналу (19 з них народжують уперше); у 38 (44,2%) пацієнок 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 двоє і більше пологів); у 24 (27,9%) випадках варикозне розширення вен пахвинного каналу поєднувалось із варикозним розширенням підшкірних вен нижніх кінцівок.

Із 86 пацієнок з різними формами первинного прогресуючого варикозного розширення вен пахвинного каналу (ППВРВПК) на оперативне лікування дали згоду 54 (62,8%) вагітні: з ізольованою формою ППВРВПК – 23 вагітні, у поєднанні ППВРВПК з прогресуючим варикозним розширенням вен нижніх кінцівок – 17 пацієнок та 14 пацієнок з ППВРВПК у поєднанні з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, зовнішніх статевих органів і промежини. У всіх 54 оперованих вагітних відзначено позитивні результати хірургічного лікування.

Під час аналізу результатів хірургічного лікування різних форм ППВРВПК підтверджена висока (100%) безпечність його для плода і вагітної зі 100% позитивним клінічним результатом у післяопераційний період.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним є подальше дослідження даної патології, яка досить поширена в акушерській практиці і практиці загальних хірургів, для розуміння причини болі у пахвинних ділянках, особливо у вагітних, трактування грижелюподібних випинань у цих ділянках у диференціальній діагностиці пахвинних або стегнових гриз, гематом пахвинних каналів при розриві вен пахвинного каналу під час переймів.

Лечение нетипичных форм прогрессирующей варикозной болезни вен у беременных (варикоз вен пахового канала)

В.Н. Антонок-Кисель, И.Я. Дзюбановский, В.Н. Еникеева, С.И. Личнер, В.М. Лыпный, Н.В. Семенюк

Цель исследования: разработка и внедрение использования данных дуплексного сканирования в безопасном лечении различных форм первичного прогрессирующего варикозного расширения вен пахового канала (ППВРВПК) во II–III триместрах беременности. **Материалы и методы.** На базе коммунального учреждения «Областной перинатальный центр» Ровенского областного совета с начала 2013 г. до января 2017 г. включительно рожали 14 093 пациентки. Из них у 825 (5,85%) диагностировали прогрессирующую первичную мультифокальную варикозную болезнь нижних конечностей C2-4s, Ep, As, p, Pr (клинический класс по классификации CEAP: C2 – у 250, C3 – у 566, C4 – у 9 беременных), промежности и наружных половых органов и пахового канала и их сочетания. У 196 (23,76%) беременных данная патология была обнаружена при первой беременности, у 401 (48,6%) пациентки – во время беременности, а у 228 (27,64%) пациенток – при последующих беременностях (две и более).

Результаты. Проанализированы данные хирургического лечения 54 беременных, которые дали согласие на проведение операции, согласно разработанным нами показаниям и методам во II–III триместрах с ППВРВПК, как при изолированной его форме, так и в сочетании с мультифокальным расширением вен нижних конечностей, наружных половых органов и промежности. Основным доступным, безопасным, неинвазивным методом исследования вен у беременных для установления с высокой вероятностью диагноза и получения информации о результатах лечения в послеоперационный период является дуплексное сканирование. Прооперировано 54 беременные с положительным результатом лечения у всех пациенток. Осложнений как со стороны плодов, так и беременных не зафиксировано, что подтверждено стабильными в пределах нормы показателями кардиотокографии, кровотока в артерии пуповины, средней мозговой артерии плодов, внутренних подвздошных артерий беременных по данным дуплексного сканирования.

Заключение. При анализе результатов хирургического лечения подтверждена высокая (100%) его безопасность как для плода, так и для беременной со 100% положительным клиническим результатом в послеоперационный период.

Ключевые слова первичное прогрессирующее варикозное расширение вен пахового канала, дуплексное сканирование вен, (ППВРВПК), хирургическое лечение ППВРВПК у беременных.

Treatment of atypical forms of progressive varicose veins in pregnant women (varicose veins of the inguinal canal)

V.M. Antonyuk-Kysel, I.Ya. Dziubanovskiy, V.M. Yenikeeva, S.I. Lichner, V.M. Lypnyi, M.V. Semeniuk

The objective: development and implementation of the use of duplex scanning data for safe treatment of various forms of primary progressive varicose veins of the inguinal canal (IIVIII) in the II-III trimesters of pregnancy.

Materials and methods. On the basis of the communal institution "Regional Perinatal Center" of the Rivne Regional Council, from the beginning of 2013 to January 2017 inclusive, 14,093 patients gave birth. Among them, 825 (5.85%) were diagnosed with progressive primary multifocal varicose disease of the lower limbs C2-4s, Ep, As, p, Pr (clinical class according to CEAP classification: C2 in 250, C3 in 566, C4 in 9 Pregnant women), perineum and external genitalia and inguinal canal and their combination. In 196 (23.76%) pregnant women, this pathology was detected in the first pregnancy, in 401 (48.6%) patients - during pregnancy, and in 228 (27.64%) patients - in subsequent pregnancies (two or more).

Results. The data of surgical treatment of 54 pregnant women who agreed to carry out the operation according to the indications and methods developed by us in the II-III trimesters with PPVRVPK, both in isolated form and in combination with multifocal dilatation of the veins of the lower extremities, external genital organs and perineum. The main accessible, safe, non-invasive method of examining veins in pregnant women for establishing with a high probability of diagnosis and obtaining information on the results of treatment in the postoperative period is duplex scanning. 54 pregnant women with a positive result of treatment in all patients were operated on. There were no complications from both the fetuses and pregnant women, which is confirmed by stable within the limits of the norm indicators of cardiocography, blood flow in the artery of the umbilical cord, the middle cerebral artery of the fetuses, internal iliac arteries of pregnant women according to duplex scanning data.

The conclusion. In the analysis of the results of surgical treatment, a high (100%) safety was confirmed for both the fetus and the pregnant woman with a 100% positive clinical result in the postoperative period.

Key words: progressive varicose veins of the inguinal canal (PVVIC), venous duplex scan, surgical treatment of PVVIC in pregnant women.

Сведения об авторах

Антонок-Кисель Владимир Николаевич – КУ «Ровенский областной перинатальный центр» Ровенского областного совета, 33000, г. Ровно, ул. Мицкевича, 30; тел.: (067) 920-13-33. E-mail: kisi12016@ukr.net

Дзюбановский Игорь Яковлевич – ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского», 46001, г. Тернополь, площадь Воли, 1; тел.: (067) 675-43-82

Еникеева Виктория Николаевна – КУ «Ровенский областной перинатальный центр» Ровенского областного совета, 33000, г. Ровно, ул. Мицкевича, 30; тел.: (096) 462-57-01

Личнер Степан Илларионович – КУ «Ровенский областной перинатальный центр» Ровенского областного совета, 33000, г. Ровно, ул. Мицкевича, 30; тел.: (050) 539-32-96

Лыпный Виталий Михайлович – КУ «Ровенский областной перинатальный центр» Ровенского областного совета, 33000, г. Ровно, ул. Мицкевича, 30; тел.: (097) 268-37-03

Семенюк Николай Васильевич – Общество с ограниченной ответственностью «ЛОКЕ», 33000, г. Ровно, ул. Макарова, 3; тел.: (067) 360-23-95

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

- Seung Chai Jung, MD. Unusual Causes of Varicose Veins in the Lower Extremities: CT Venographic and Doppler US Findings // Seung Chai Jung, MD, Whal Lee, MD, Fin Wook Chung, MD, Ywan Fun Fae, MD et al. // RG. – v.29. – № 2. – 2009. – P. 525–539.
- Chi C. A diagnostic dilemma: round ligament varicosities in pregnancy // Chi C., Taylor A, Munjuluri N., Abdul-Kadir. Acta Obstet Gynecol Scand. – 2005. – v. 84. – P. 1126–1127.
- Guiltem P. Round ligament varicosities mimicking inguinal hernia a diagnostic challenge during pregnancy // Guiltem P., Bounoua F., Duval G., Acta Chir. Belg. 2001. 101. p. 310–311.
- Pitkington SA, Ultrasound diagnosis of round ligament varicosities mimicking inguinal hernias in pregnancy // Pitkington SA, Rees M. Jones O, Green I. Arm R Coll Surg. Engl. 2004; 86; 400–401.
- Antipov N.V. Features of collateral blood supply of the inguinal space. / N.V. Antipov, I.V. Fesak, A.B. Zaritskiy, S.V. Voitenko, D.V. Siroid // Taurida medico-biological bulletin. – 2013. – V.16. – P.2 (61). – P.9–11.
- Cheng D. Round ligament varices in pregnancy mimicking inguinal hernia .an ultrasound diagnosis // Cheng D., Lam H, Lam C., Ultrasound Obstet Gynecol 1997.9.198–199.
- Nuang A. Reducible inguinal swelling