

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

УДК 618.3-06:616.14-007.64-07.

DOI 10.11603/2415-8798.2017.2.7822

©В. М. Антонюк-Кисіль¹, В. М. Єнікеева¹, С. І. Лічнер¹, В. М. Липний¹, М. В. Семенюк²
 КЗ “Рівненський обласний перинатальний центр” Рівненської обласної ради¹
 ТЗОВ “ЛОКО”, м. Рівне²

ДЖЕРЕЛА ФОРМУВАННЯ НЕТИПОВИХ ФОРМ ПРОГРЕСУЮЧОЇ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ПІДШКІРНИХ ВЕН У ВАГІТНИХ (ВАРИКОЗ ВЕН ПАХОВОГО КАНАЛУ) ЗА ДАНИМ ДУПЛЕКСНОГО СКАНУВАННЯ

Резюме. Однією із нетипових форм варикозного розширення вен є прогресуюче варикозне розширення вен круглої зв'язки матки, яке зустрічається у 5 % випадків. Воно може бути як самостійним захворюванням, яке проявляється імітацією пахової киля, а також як джерелом формування варикозу зовнішніх статевих органів.

Мета дослідження – вивчити активну безмедикаментозну профілактику прогресування варикозного розширення вен пахового каналу та запобігти ускладненням під час вагітності, пологів і в післяпологовий період шляхом безпечної хірургічної корекції даної патології.

Матеріали і методи. Вперше особливу увагу приділено вивченню анатомії вен шляхом дуплексного сканування. З'ясовано, через які й з яких венозних басейнів виникає патологічний венозний рефлекс (ПВР), що призводить до варикозного розширення вен зовнішніх статевих органів та пахового каналу.

Результати досліджень та їх обговорення. Частота варикозного розширення вен пахового каналу простежувалась у 11,2 % обстежених, тобто у 86 пацієнток. У 24 (27,9 %) жінок відмічено ізольоване варикозне розширення вен у цій ділянці, яке не поширювалось за межі пахового каналу (19 із них народжують вперше), у 38 (44,2 %) пацієнток варикозне розширення вен пахового каналу поєднувалось із варикозним розширенням вен зовнішніх статевих органів, тобто виходило за межі пахового каналу через зовнішнє пахове кільце. Формувався варикоз зовнішніх статевих органів (32 жінок із них мали двоє і більше пологів), у 24 (27,9 %) випадках поєднувалось із варикозним розширенням підшкірних вен нижніх кінцівок.

Висновки. Дуплексне сканування не є інвазійним методом, не викликає ятрогенних ускладнень як з боку вагітної, так і плода. Це дослідження надало майже всі дані, що необхідні для постановки етіологічного діагнозу варикозу, сприяло можливості оцінити динаміку процесу і вибрати стратегію подальшого лікування.

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

ВСТУП Однією із нетипових форм варикозного розширення вен є прогресуюче варикозне розширення вен круглої зв'язки матки, яке зустрічається у 5 % випадків [19]. Воно може бути як самостійним захворюванням, яке проявляється імітацією пахової киля, а також як джерелом формування варикозу зовнішніх статевих органів. У закордонній літературі, доступній нам, описано дуже мало випадків даної патології. Зустрічаються випадки, що імітують складну пахову килу під час вагітності або в післяпологовому періоді [11, 15, 18]. Характеристики варикозного розширення вен пахового каналу майже немає у вітчизняній літературі. Є лише невелика робота, що дотично пов'язана з даною проблемою [1]. Цю патологію пов'язують із венозним рефлюксом унаслідок венозного застою в системі клубових вен, який спричинила вагітна матка [12, 16, 17]. Для розуміння формування цієї патології у нас виникла необхідність у детальному її вивченні з урахуванням рідкісних варіантів анатомії венозної системи пахового каналу. Венозна гемодинаміка в системі клубових вен є надзвичайно динамічною, складною і проблемною для її вивчення, особливо під час вагітності, і водночас важливою для розуміння цієї проблеми. В працях школи В. Н. Шевкуненко, присвячених вивченню венозних сплетень таза, зазначено, що різновиди в будові цього відділу венозної системи пов'язують із ступенем редукції первинної венозної клоачної системи, оскільки дистальний відділ кишечника і тазові відділи сечостатевої систем виникли вже з існуючої клоаки, що мали єдину венозну сітку [8]. Диференціювання цих органів і їх функцій було природним. У випадку крайнього ступеня редукції первинної венозної клоачної сітки про-

стежується максимальне роз'єднання цих систем і प्रति- лежне виникає при затримці редукції. Аналогічна ситуація спостерігається в системі pl. uterovaginalis у жінок. Це не цілком систематизована сітка вен, що перетинаються, зосереджуються навколо матки та включають безліч з'єднаних сплетень. Ця дуже щільна венозна сітка, ніби шунт у стегово-клубово-нижньопорожнистій системі. Тому хвороба в одному сплетенні може вплинути на інше. Недостатність або повна відсутність венозних клапанів спричиняє двонаправлений кровотік. Особливістю цієї венозної системи є її здатність адаптуватись до певних умов, зокрема при вагітності [10]. При крайньому ступені редукції первинної венозної сітки в цій системі венозний відтік від внутрішніх статевих органів здійснюється переважно по венах яєчників, разом з тим, при затримці редукції мають місце інші шляхи відтоку. Встановлено, що в одних випадках pl. uterovaginalis має сітчасту будову і велику кількість зв'язок з парієтальними венами сусідніх органів (затримка редукції первинної венозної сітки), в інших випадках вени сечостатевого сплетення мають вигляд ізольованих стволів із дуже невеликою кількістю анастомозів між ними і зв'язок з венами сусідніх органів (крайній ступінь редукції первинної венозної системи). Згідно з нормальною анатомією, в паховому каналі жінок міститься кругла зв'язка матки (lig. teres uteri), nn. ilioinguinalis, v., a. spermaticus ext. Поряд із круглою зв'язкою матки розміщений зарощений піхвовий відрізок очеревини, що нагадує зв'язку, периферичний кінець якої досягає верхньої частини великої статевої губи. Проте Д. Н. Лубоцький (1953) описав наявність v. cremaster у жінок, що дренує кров від круглої зв'язки матки і статевих губ [7]. У

своїй роботі E. Balian і співав. відмічають, 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]. Pl. uterovaginalis з'єднується через анастомози тазових сплетень, власне через вени круглої зв'язки з венами передньої черевної стінки. І. Д. Кірпатовський (1989) [5] відмітив наявність так званої вени-анастомозу (*v. cremasterica*), яка анастомує між *plexus pampiniformis* і зустрічається у чоловіків при варикоцеле, що подібне, на нашу думку, в жінок як варикоз пахового каналу, з *v. epigastrica int.* віткою початкового відділу зовнішньої клубової вени в якості потужної анастомотичної венозної дуги між *pl. pampiniformis* і системою зовнішньої клубової вени. Окрім того, в ¼ випадків (В. В. Вороб'єв) від *v. epigastrica inf.* відходить *v. obturatoria*. Анастомози між вітками внутрішньої клубової вени (*v. obturatorica*) та зовнішньої клубової вени (*v. epigastrica int.*) описані в роботах Г. Ф. Іванова (1949) [4]. Тому при виникненні патологічного рефлюксу із системи клубових вен у ці вітки, які не часто виявляються в жінок і проявляються в основному під час вагітності, призводить до формування їх варикозного розширення. Розглядаючи варикозну хворобу як поліетіологічне захворювання з каскадом причин, які з'являються під час вагітності, у період найбільшого навантаження на системи й органи жінки зокрема, в I і II триместрах за рахунок гормональних змін в організмі – 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 й відповідно крововідтоку по внутрішніх клубових венах; спадкової схильності до виникнення варикозної хвороби нижніх кінцівок. У певній кількості вагітних у III триместрі, окрім вищеперерахованих причин, додається екстравазальна компресія збільшеною маткою нижньої порожнистої вени і/або клубових вен, що приводить до швидкого прогресування варикозного розширення підшкірних вен [2, 3].

Метою дослідження було вивчити причини, джерела та варіанти прогресуючої варикозної хвороби вен пахового каналу під час вагітності з використанням даних дуплексного сканування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ На базі комунального закладу "Обласний перинатальний центр" Рівненської обласної ради з початку 2013 до 2016 р. включно народжувало 14 093 пацієнток, із них 825 (5,85 %) вагітних із варикозною хворобою нижніх кінцівок, промежини, зовнішніх статевих органів та пахового каналу. В 196 (23,76 %) жінок дана патологія була до першої вагітності, а у 629 (76,24 %) пацієнток при наступних вагітностях (двоє і більше).

Як видно з анамнезу, в обстежених жінок (90,1 % випадках) захворювання мало спадковий характер, у 7,9 % вагітних запідозрили недиференційовану дисплазію сполучної тканини, в 0,5 % пацієнток – уроджену артеріовенозну мальформацію з гіпоактивними артеріовенозними норицями на гомілці, а у 1,5 % жінок як прояв перенесеного флеботромбозу глибоких вен нижніх кінцівок і таза.

У 719 (87,15 %) пацієнток скарги були зумовлені клінічними проявами захворювання (набряки, судоми, тяжкість у нижніх кінцівках тощо), разом з тим, 106 (12,85 %) жінок в основному турбували косметичні прояви захворювання, тобто наявність розширених підшкірних вен, ретикулярних вен на відкритих поверхнях кінцівок (гоміл-

ки, стопи, підколінної ділянки), на зовнішніх статевих органах.

У 659 (79,9 %) спостерігалось прогресування варикозної хвороби під час вагітності. В найбільшій кількості пацієнток – 569 (68,9 %) було відмічено прогресування варикозної хвороби в II триместрі вагітності. Серед 825 вагітних із варикозною хворобою нижніх кінцівок, зовнішніх статевих органів, промежини та пахового каналу 768 (93,09 %) пацієнткам проведено дуплексне сканування басейну внутрішніх, зовнішніх клубових вен та вен нижніх кінцівок (поверхневих та глибоких), промежини зовнішніх статевих органів. Крім того, вперше розпочали проводити дуплексне сканування вен пахового каналу в жінок як з ізольованою формою варикозного розширення вен пахового каналу, так і в поєднанні з варикозною хворобою нижніх кінцівок та промежини, зовнішніх статевих органів. Вивчали джерела формування варикозного розширення вен пахового каналу та зовнішніх статевих органів.

Для дослідження підшкірної венозної системи проводили дуплексне сканування за допомогою апарату LANWIND MIRROR II з лінійним датчиком частотою 8–10 MHz. Для отримання достовірних даних дослідження вен у вагітних в 100 % виконувалось як в положенні лежачи на лівому боці під кутом 30 °, і стоячи (ортостазі), коли м'язи нижніх кінцівок напружені, особливо м'язи гомілок (включена м'язова помпа гомілки). Положення вагітної на лівому боці запобігає розвитку синдрому нижньої порожнистої вени або аортокавального синдрому, особливо в кінці II і упродовж III триместрів вагітності. Ортостаза (ортодинаміка) ближче всього до фізіологічного стану. Крім цього, використовували пробу Вальсальви для збільшення венозного потоку, який особливо важливий для виявлення та вивчення наявності патологічного рефлюксу [17]. Звертали увагу на те, що не всі пацієнтки можуть вірно виконати пробу Вальсальви, тому виявити патологічний рефлюкс в обстежуваній вені тяжко [14]. Також ми проводили так звану пробу з екстравазальною компресією варикозно розширених підшкірних вен пахового каналу, підшкірно-стегнової ділянки для виявлення можливих змін у венозній гемодинаміці. Оцінювали, чи не погіршувалась венозна гемодинаміка, чи не збільшувалось повнокров'я у венозних басейнах, з'ясовували причину виникнення патологічного рефлюксу. Крім того, ми не вивчали діаметри вен, велике значення для нас мала наявність ПВР у них. Для підвищення достовірності результатів дуплексного сканування проводили оцінку шляхом поєднання його даних із даними клінічного огляду пацієнток.

Дуплексне сканування вагітним виконували переважно в другій половині дня, коли збільшувались гемодинамічні порушення у венозній системі (відчуття тяжкості в нижніх кінцівках, промежині, набряки, парестезії) [9]. Метою його було не тільки з'ясування причин прогресування варикозного розширення підшкірних вен, але й можливість хірургічної корекції даної патології із визначенням об'єму операційного втручання з ціллю активної безмедикаментозної профілактики ускладнень варикозної хвороби підшкірних вен під час вагітності, пологів і в післяпологовий період.

У вагітних має місце обмеження обстеження методом дуплексного сканування ділянок клубових вен (загальних, внутрішніх клубових вен та початкового відділу нижньої порожнистої вени за рахунок вагітної матки, яка

перекриває доступ до огляду вищеперерахованих від-різків вен).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з Українським Консенсусом з лікування пацієнтів із варикозною хворобою нижніх кінцівок (2005), у вагітних використали другий рівень діагностики – дуплексне сканування [6]. Даний метод не є інвазійним, не спричиняє явних ятрогенних ускладнень як з боку вагітної, так і плода. При потребі, виконували повторно. Цей метод дослідження надав нам майже всі дані, що необхідні для постановки діагнозу варикозу, 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 поверхневої 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. Необхідністю детального вивчення причин прогресуючого варикозного розширення підшкірних вен зовнішніх статевих органів, вен пахового каналу, промежини під час вагітності стала неефективність консервативної терапії у лікуванні даної патології. Для цього необхідно було з'ясувати особливості розвитку варикозного процесу під час вагітності у вищеперерахованих венозних басейнах, а також як цьому запобігти з мінімальним негативним впливом на перебіг вагітності, розвиток плода, пологовий і післяпологовий періоди. Щодо питання у виборі активних безмедикаментозних безпечних методів лікування, то, на нашу думку, є хірургічне втручання у II або III триместрах вагітності. Провівши аналіз даних, отриманих при дуплексному скануванні варикозно розширених підшкірних вен у 768 вагітних, згідно з якими ми розробили протокол дуплексного сканування, виділено "вузлові ділянки" венозної системи, що у більшості випадків, на нашу думку, є пусковим механізмом розвитку даної патології. Це підтверджено результатами обстеження: 1 – ділянка пахового каналу; 2 – ділянка зовнішніх статевих органів і промежини; 3 – підшкірно-стегнова ділянка; 4 – підшкірно-підколінна ділянка; 5 – ділянки перфорантних вен на стегні і/або гомілях; 6 – стан прохідності глибоких вен нижніх кінцівок і таза (рис.).

Ускладненнями під час обстеження були у 12 (1,6 %) вагітних легкі запаморочення свідомості при проведенні проби Вальсальви. У 23 (2,99 %) жінок виникли легкі прояви ортостатичного колапсу при перебуванні її у нерухомому стані стоячи із-за перерозподілу об'єму крові. Щоб запобігти цьому, то вагітні періодично ходили на місці.

Основною причиною прогресуючого варикозного розширення підшкірних вен зовнішніх статевих органів із 390 обстежених, за результатами дуплексного сканування, були патологічні рефлюкси із системи великої підшкірної вени через *v. pudenda ext.* у 328 (84,1 %) випадках, із системи внутрішньої клубової вени через систему яєчникових вен по паховому каналі у 38 (9,74 %) пацієнток, через систему *v. pudenda int.* – *v. obturatorica* – у 24 (6,15 %) вагітних.

При вивченні варикозного розширення вен пахового каналу, з'ясували, що дана патологія була у 11,2 % обстежених, тобто у 86 пацієнток; у 24 (27,9 %) жінок відмічено ізольоване варикозне розширення вен у цій ді-

лянці, що не поширювалось за межі пахового каналу (19 із них народжують вперше), у 62 (44,2 %) пацієнток варикозне розширення вен пахового каналу поєднувалось із варикозним розширенням вен зовнішніх статевих органів, тобто виходило за межі пахового каналу через зовнішнє пахове кільце і брало участь у формуванні варикозу зовнішніх статевих органів (32 із них мали двоє і більше пологів), у 24 (27,9 %) випадках поєднувалось із варикозним розширенням підшкірних вен нижніх кінцівок.

Найчастіше (72,09 %) простежувалось одностороннє ураження вен пахового каналу і у 56 (65,1 %) пацієнток переважно змін зазнавала ліва пахова ділянка. У 16 (25,8 %) випадках було двобічне ураження. При проведенні дуплексного сканування пахових каналів у 86 пацієнток виявили наявність варикозних конгломератів у вигляді "черв'яків у футлярі" із наявністю розширеної дренажної вени круглої зв'язки [11, 13]. (рис.). Найчастіше джерелом їх формування були поєднані венозні гілки, що входили через внутрішнє пахове 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 %) обстежених, і значно рідше, від зовнішньої клубової вени – у 10 (16,7 %) жінок.

Діаметр венозного пучка на виході із зовнішнього пахового каналу діаметром до 10 мм був у 24 (27,9 %) вагітних. Тільки при наявності пучка варикозно розширених вен пахового каналу діаметром більше 20 мм, що виходять за межі зовнішнього пахового кільця у 38 (44,18 %) пацієнток, при огляді виявили наявність у цій ділянці припухлості, що незначно збільшувалась при виконанні проби Вальсальви і була схожа на пахову грижу.

Окрім того, слід відмітити те, що варикозні вени різних венозних басейнів (великої підшкірної вени, системи парієтальних і вісцеральних гілок внутрішньої клубової вени), що знаходяться в тілі статевих губ, не анастомозують між собою, а анастомозують між собою вітки однойменних басейнів із протилежних боків.

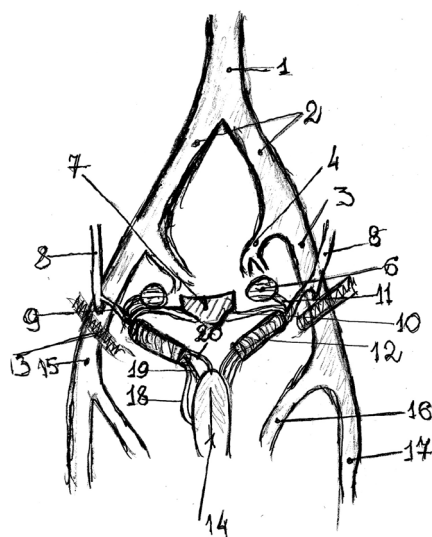


Рис. Схема формування вен пахового каналу: 1 – нижня порожниста вена; 2 – загальна клубова вена; 3 – зовнішня клубова вена; 4 – внутрішня клубова вена; 6 – яєчник; 7 – матка; 8 – нижня епігастральна вена; 9 – *v. cremaster ext.*; 10 – маткові вени; 11 – гілки яєчникових вен; 12 – паховий канал; 13 – пахова зв'язка; 14 – зовнішні статеві органи; 15 – загальна стегнова вена; 16 – велика підшкірна вена; 17 – стегнова вена; 18 – гілки вен яєчника; 19 – вітки вен матки; 20 – *v. cremaster*.

ВИСНОВКИ Протокол дуплексного сканування, який ми розробили і у якому виділені вузлові ділянки венозної системи пахового каналу, статевих губ промежини і нижніх кінцівок, що в більшості випадків є пусковим механізмом розвитку варикозного розширення підшкірних вен: 1 – ділянка пахового каналу; 2 – ділянка зовнішніх статевих органів і промежини; 3 – підшкірностегнова ділянка; 4 – підшкірно-підколінна ділянка; 5 – ділянка перфорантних вен на стегні і/або гомілці; 6 – прохідність глибоких вен нижніх кінцівок і таза.

Для отримання достовірних даних, дослідження вен у вагітних в 100 % виконували у положенні лежачи на лівому боці під кутом 30° і стоячи (ортостазі), коли м'язи нижніх кінцівок напружені, особливо м'язи гомілок (включена м'язова помпа гомілки). Ортостаз (ортодинаміка) найближче до фізіологічного стану. Крім того, таке положення вагітної на лівому боці запобігає розвитку синдрому нижньої порожнистої вени або аортокавального синдрому в цієї категорії пацієнток (коли дослідження проводять в горизонтальному положенні жінки), особливо у кінці II і упродовж III триместрів вагітності. Також використовували пробу Вальсальви, яка особливо важлива для виявлення та вивчення наявності патологічного рефлюксу шляхом збільшення венозного потоку в стані спокою [17, 18].

Дуплексне сканування не є інвазивним методом, не викликає ятрогенних ускладнень як з боку вагітної, так і плода. Це дослідження надало майже всі дані, що необ-

хідні для постановки етіологічного діагнозу варикозу, сприяло можливості оцінити динаміку процесу і вибрати стратегію подальшого лікування.

У вагітних має місце обмеження дуплексного сканування ділянок клубових вен (загальних клубових вен, внутрішніх клубових та початкового відділу порожнистої вени) за рахунок вагітної матки, що перекриває доступ до огляду вищеперахованих відрізків вен. Частота варикозного розширення вен пахового каналу була у 11,2 % обстежуваних, тобто у 86 пацієнток; у 24 (27,9 %) пацієнток відмічено ізольоване варикозне розширенням вен у цій ділянці, яке не поширювалось за межі пахового каналу (19 із них народжують вперше), у 38 (44,2 %) пацієнток варикозне розширення вен пахового каналу поєднувалось із варикозним розширенням вен зовнішніх статевих органів, тобто виходило за межі пахового каналу через зовнішнє пахове кільце і формували варикоз зовнішніх статевих органів (32 із них мали двоє і більше пологів), у 24 (27,9 %) випадках поєднувалось із варикозним розширенням підшкірних вен нижніх кінцівок.

Перспективи подальших досліджень Перспективним є подальше дослідження даної патології, що є не такою уже і рідкісною для акушерської практики і практики загальних хірургів щодо розуміння причини болю в пахових ділянках, особливо у вагітних. А також трактування грижоподібних випинань у цих ділянках при диференційній діагностиці гематом пахових каналів при розриві вен пахового каналу під час переймів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антипов Н. В. Особенности коллатерального кровоснабжения пахового промежутка / Н. В. Антипов, И. В. Фесак, А. Б. Зарицкий, С. В. Войтенко, Д. В. Сироид // Таврический медицинско-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. Залого К. Н. Варикозное расширение вен при беременности и его лечение / К. Н. Залого // Хирургия. – 1965. – № 9. – С. 38–41.
4. Иванов Г. В. Основы нормальной анатомии человека / Г. В. Иванов. – в 2 т. – М.: Медгиз, 1949.
5. Кирпатовский И. Д. Очерки по хирургической андрологии / И. Д. Кирпатовский. – М.: Изд-во УДН, 1989. – 125 с.
6. Український Консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок. – К., 2005.
7. Лубоцкий Д. Н. Основы топографической анатомии / Д. Н. Лубоцкий. – М.: Медгиз, 1953.
8. Шевченко Ю. Л. Основы клинической флебологии / Ю. Л. Шевченко, Ю. М. Стойко, М. И. Лыткина. – М.: Медицина, 2005. – 312 с.
9. Шевкуненко В. Н. Краткий курс оперативной хирургии с топографической анатомией / В. Н. Шевкуненко. – Л.: Медгиз, 1951. – 796.
10. Balian E. Pelviperineal venous insufficiency and varicose veins of the lower limbs / E. Balian, J.-L. Lasry, G. Coppe [et al.] // Phlebology. – 2008. – Vol. 15, №1. – P. 17–26
11. A diagnostic dilemma: round ligament varicosities in preg-

- nancy // C. Chi, A. Taylor, N. Munjuluri, Abdul-Kadir // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2005. – Vol. 84. – Vol. I. – P. 126–1127.
12. Cheng D. Round ligament varices in pregnancy mimicking inguinal hernia an ultrasound diagnosis / D. Cheng, H. Lam, C. Lam // Ultrasound Obstet. Gynecol. 1997. – Vol. 9. – P. 198–199.
13. Frede T. E. Ultrasonic visualization of varicosities in the female genital tract / T. E. Frede // J. Ultrasound Med. 1984. – Vol. 3. – P. 365–369.
14. Fronck H. S. The Fundamentals of Phlebology: Venous Disease for Clinicians / H. S. Fronck // American College of Phlebology. – 2008.
15. Guiltem P. Round ligament varicosities mimicking inguinal hernia a diagnostic challenge during pregnancy // P. Guiltem, F. Bounoua, G. Duval // Acta Chir. Belg. – 2001. – Vol. 101. – P. 310–311.
16. Nuang A. Reducible inguinal swelling presenting during pregnancy not always a hernia // A. Nuang, J. H. Tweedie / J. Obstet. Gynecol. – 1998. – Vol. 18. – P. 284.
17. Nguyen Q. H. Doppler sonography in the diagnosis of round ligament varicosities during pregnancy / G. H. Nguyen, S. M. Gruenewald // J. Clin. Ultrasound. – 2008. – Vol. 36. – P. 177–179.
18. 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. – Vol. 29, № 2. P. 525–539
19. Ultrasound diagnosis of round ligament varicosities mimicking inguinal hernias in pregnancy / S. A. Pitkington, M. Rees, O. Jones [et al.] // Arm. R. Coll. Surg. Engl. – 2004. – Vol. 86. – P. 400–401.

Отримано 02.02.17

©V. M. Antonyuk-Kysil¹, V. M. Yenikeeva¹, S. I. Lichner¹, V. M. Lypnyy¹, M. V. Semenyuk²
Rivne Regional Perinatal Center of Rivne Regional Council¹
LOKO Ltd, Rivne²

SOURCES OF FORMATION OF ATYPICAL FORMS OF PROGRESSIVE VARICOSE SAPHENOUS VEINS DISEASE IN PREGNANT WOMEN (VARICOSE VEINS OF THE INGUINAL CANAL) ACCORDING TO THE DATA OF DUPLEX SCANNING

Summary. One of atypical forms of varicose veins is progressive varicose veins round ligament of the uterus, which occurs in 5 % of cases. It can be a separate disease that manifests imitation groin hernia and varicose veins as a source of external genitalia.

The aim of the study – active non-medicamentous prevention of progression of varicose veins of the inguinal canal and preventing complications during pregnancy, delivery and in puerperal periods by safe surgical correction of this pathology during pregnancy.

Materials and Methods. For the first time, a special attention was paid to the study of the anatomy of the veins, by duplex scanning, through which and of which venous pools a pathologic venous reflux (PVR) occurs leading to varicose veins of the external genitalia and inguinal canal.

Results and Discussion. The frequency of varicose veins of the inguinal canal was met in 11.2 % of examined patients, that is in 86 patients; in 24 (27.9 %) patients isolated varicose veins in this area was observed that did not spread beyond the inguinal canal (19 of them give birth for the first time), in 38 (44.2 %) patients varicose veins of the inguinal canal was combined with varicose veins of the external genitalia, i.e. it went beyond the inguinal canal through the external inguinal ring and created varicose veins of the external genitalia (32 of them had two or more deliveries), in 24 (27.9 %) cases it was combined with varicose saphenous veins of the lower extremities.

Conclusions. Duplex scanning is non-invasive method, does not cause iatrogenic complications from both the pregnant woman and the fetus. This study has provided most of the data needed for setting etiological diagnosis of varicose contributed to assess the dynamics of the process and choose a strategy for further treatment.

Key words: causes of progressive varicose vein disease in pregnant women; varicose veins in the inguinal canal; duplex scanning of veins.

© В. М. Антонюк-Кисель¹, В. М. Еникеева¹, С. И. Личнер¹, В. М. Липный¹, М. В. Семенюк²
КУ “Ровенский областной перинатальный центр” Ровенского областного совета¹
ООО “ЛОКО”, г. Ровно²

ИСТОЧНИКИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕТИПИЧНЫХ ФОРМ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ПОДКОЖНЫХ ВЕН У БЕРЕМЕННЫХ (ВАРИКОЗ ВЕН ПАХОВОГО КАНАЛА) ПО ДАННЫМ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ

Резюме. Одной из нетипичных форм варикозного расширения вен является прогрессирующее варикозное расширение вен круглой связки матки, которое встречается в 5 % случаев. Оно может быть как самостоятельным заболеванием, которое проявляется имитацией паховой грыжи, а также как источник формирования варикоза наружных половых органов.

Цель исследования – изучить активную безмедикаментозную профилактику прогрессирования варикозного расширения вен пахового канала и предотвратить осложнения во время беременности, родов и в послеродовом периодах путем безопасной хирургической коррекции данной патологии.

Материалы и методы. Впервые особое внимание уделили изучению анатомии вен путем дуплексного сканирования. Выяснили, через которые и из которых венозных бассейнов возникает патологический венозный рефлюкс (ПВР), который ведет к варикозному расширению вен наружных половых органов и пахового канала.

Результаты исследований и их обсуждение. Частота варикозного расширения вен пахового канала была в 11,2 % обследованных, то есть в 86 пациенток. У 24 (27,9 %) женщин отмечено изолированное варикозное расширение вен в этой области, не распространяющееся за пределы пахового канала (19 из них рожают впервые), у 38 (44,2 %) пациенток варикозное расширение вен пахового канала сочеталось с варикозным расширением вен наружных половых органов, то есть выходило за пределы пахового канала через внешнее паховое кольцо. Формировался варикоз наружных половых органов (32 из них имели двое и более родов), в 24 (27,9 %) случаях сочеталось с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей.

Выводы. Дуплексное сканирование не является инвазивным методом, не вызывает ятрогенных осложнений как со стороны беременной, так и плода. Это исследование предоставило почти все данные, необходимые для постановки этиологического диагноза варикоза, способствовало возможности оценить динамику процесса и выбрать стратегию дальнейшего лечения.

Ключевые слова: варикозная болезнь у беременных; варикозное расширение вен пахового канала; дуплексное сканирование вен.