

**СЕГМЕНТАРНАЯ ФЛЕБЭКТОМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.**

Петров В.В., Абашин В.Г., Новиков К.В., Новиков Е.И.

Кафедра акушерства и гинекологии ВМедА им. С.М. Кирова,

кафедра амбулаторной хирургии ВМедА им.С.М. Кирова.

Тел.: +79062401619

E-mail: petrovit@inbox.ru

Резюме. В работе данные о 475 беременных с варикозной болезнью вен нижних конечностей на разных сроках беременности. Определены клинический объем обследования, показания к оперативному лечению, разработаны клиничко-организационные этапы хирургического лечения беременных с различными формами варикозной болезни вен нижних конечностей.

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

SEGMENTARYPHLEBECTOMY OF VEIN PATHOLOGY IN PREGNANT PATIENTS.

PetrovV.V., AbashinV.G., NovikovK.V., Novikov E.I.

Department of Obstetrics and Gynecology of MMA. SM Kirov

Department of Ambulatory Surgery MMA im.S.M. Kirov.

Abstract. The research is based on clinical data of 475 patients with vein pathology at various periods of pregnancy. The indications and stages of surgical treatment of such patients have been determined.

Key words: pregnancy, varicous disease of lower extremities, segmentaryphlebectomy.

Введение.

Варикозная болезнь вен нижних конечностей во время беременности резко снижает качество жизни беременных, приводит к таким осложнениям и последствиям как флебиты, флеботромбозы (20%), варикозное расширение вен органов малого таза (50-60%), возникновение трофических язв нижних конечностей (2,3%), угроза кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде (15-17%) [3,12]. Применяемые на современном этапе

консервативные методы лечения мало эффективны. Склерозирование варикозно расширенных вен на фоне беременности строго противопоказано.

Различные формы варикозной болезни вен нижних конечностей выявляются у 20-40% беременных, что составляет 5,6% из всей экстрагенитальной патологии при беременности [4,6,11]. Они могут сочетаться (без упоминания частоты) с варикозными изменениями вен таза, геморроидального сплетения, паховой области, наружных и внутренних половых органов, реже – молочных желез [3,12]. У части пациенток (67,2%), страдающих варикозной болезнью вен нижних конечностей, первые признаки заболевания появляются во втором триместре беременности, а у других (10,9%) беременность служит усугубляющим фактором в течении заболевания [9]. М.М. Шехтман (1987) и О.М. Елисеев(1994) рассматривают варикозную болезнь как генетически детерминированное заболевание – у 60-80% пациенток. По наследству передаются два фактора: слабость венозной стенки и функциональная неполноценность клапанов, либо недостаточная оснащенность вен последними[1,14]. Действующим началом, основным повреждающим фактором в патогенезе варикозной болезни является венозная гипертензия. Наследственно неполноценная венозная стенка не в состоянии длительно сохранять адекватный гипертензии тонус. Возникающее вследствие этого перерастяжение глубоких вен ведет к развитию относительной несостоятельности их клапанов, а также несостоятельности устьевых клапанов притоков и формированию патологического рефлюкса крови на разных уровнях [11]. Ретроградный кровоток является основной причиной постоянно усугубляющегося течения заболевания.

У беременных с варикозной болезнью вен нижних конечностей в значительной мере выражено действие женского полового гормона (прогестерона) на всем протяжении беременности, который оказывает влияние не только на тонус матки, но и на тонус гладкой мускулатуры венозной стенки (с нарастанием срока беременности продукция прогестерона увеличивается в 250 раз – до 5 мкг/сут.). Под его воздействием в стенках вен происходят изменения в соединительнотканной структуре. Уменьшается содержание эластина и коллагена, и повышается содержание гексозаминов, ведущее к «разрыхлению» венозной стенки, а следовательно, к увеличению податливости стенки к действию гидростатического давления. Формируется переход от относительной венозной недостаточности к абсолютной. Начиная со второго триместра беременности, повышение внутрибрюшного давления и венозного давления в нижних конечностях и малом тазу обусловлено также увеличением размеров беременной матки, что усугубляется наличием крупного плода, многоплодием или многоводием [4,6,7,12].

Варикозное расширение подкожных вен может развиваться либо нисходящим (67-86%) при первичном поражении остиального клапана большой подкожной вены, либо восходящим (14-33%) путем за счет несостоятельности клапанов перфорантных вен голени. Варикоз у беременных бывает двух видов. При одном из них болезнь к моменту беременности уже существовала и, по разным причинам, на хирургическое вмешательство женщины до беременности не шли, или хирурги рекомендаций на операцию не давали. На фоне же этого репродуктивного состояния, в результате многих физиологических процессов, в том числе гормональных, генетически скомпрометированная венозная стенка подвергается значительной перестройке, и варикозные процессы нарастают заметно быстрее. При другом виде болезни беременность и измененный гормональный фон служат усугубляющим фактором в течении заболевания и не обязательно в поздние сроки, когда внутрибрюшное давление может действительно заметно влиять на венозное давление нижних конечностей [9,10].

В обоих случаях целесообразна коррекция венозного кровотока с уменьшением давления в сосудах нижних конечностей. С этой целью издавна использовалось компрессионное воздействие на венозный кровоток, обычно в виде эластического бинтования или ношения компрессионного трикотажа, постоянно до и после родов. Логично предположить, что более уместным было бы прервать гипертензионный синдром в венах конечностей снятием патологического горизонтального и/или вертикального рефлюкса крови в отдельных, морфологически измененных на этот момент сегментах вен с помощью сегментарной флебэктомии. Акушеры-гинекологи, в большинстве своем, отрицательно относятся к различным плановым хирургическим операциям у женщин на фоне беременности. Основания для отрицания такого вмешательства понятны из-за опасений нанесения вреда плоду. Вопреки всему Г. Лейзерович (1999) отмечает, что принципы лечения хирургических болезней у беременных те же, что у небеременных. Плановые оперативные вмешательства лучше проводить во II триместре беременности. В I триместре беременности операция нежелательна, потому что велик риск самопроизвольного аборта и тератогенного действия общих анестетиков. Экспериментально доказано, что хирургические вмешательства во время беременности лучше проводить под регионарной и местной анестезией. Местные анестетики не вызывают нарушений гомеостаза, так как не проходят (или проникают в незначительном количестве) через гематоплацентарный барьер [8,15].

Закономерности патогенеза варикозной болезни вен нижних конечностей у беременных определяют понимание того, что именно в начальной стадии ее развития

возможна эффективная хирургическая коррекция венозного кровотока путем удаления только пораженного на данный момент сегмента. Основанием для подобного утверждения является то, что варикозная болезнь в своем начале развивается в изолированных сегментах вен. Вследствие генетической слабости венозной стенки возникают изменения в сегменте вены в виде «камеры напряжения» с локальными участками морфологически измененной стенки и, в большей мере, – функциональной (относительной недостаточности), что способствует дальнейшему прогрессированию заболевания и развитию осложненных форм. Следовательно, можно полагать, что своевременное устранение хирургическим путем патологически измененного сегмента вены замедлит или даже остановит процесс варикозного перерождения венозной стенки и предотвратит патологические изменения в сосудистой системе плаценты [9,10].

Вышеизложенным требованиям может отвечать предложенная нами методика хирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей у беременных с разными формами заболевания – сегментарная флебэктомия [9,10]. Целью такого малообъемного, органосохраняющего вмешательства является ликвидация вертикального и (или) горизонтального патологических рефлюксов венозного кровотока на уровне удаляемого сегмента для снижения венозной гипертензии непосредственно в этой области и дистальнее ее.

Цель исследования.

Обосновать возможность применения сегментарной флебэктомии при разных формах варикозной болезни вен нижних конечностей у беременных.

Задачи исследования:

- 1) определить оптимальный объем диагностических мероприятий, показания к хирургическому лечению варикозной болезни вен нижних конечностей у беременных;
- 2) разработать клинико-организационные этапы хирургического лечения беременных с различными формами варикозной болезни вен нижних конечностей.

Материалы и методы.

В клинике амбулаторной хирургии совместно с клиникой акушерства и гинекологии ВМедА им. С.М. Кирова в течение 15 лет прошли обследование, наблюдались и получали лечение 475 беременных в возрасте 17-36 лет, страдающих различными формами варикозной болезни вен нижних конечностей. У 414 (87%) в анамнезе были роды (среди них у 170 (41%) – дважды и более). Пациенткам проводились клиническое обследование, лабораторное обследование (коагулограмма/исследование функционального

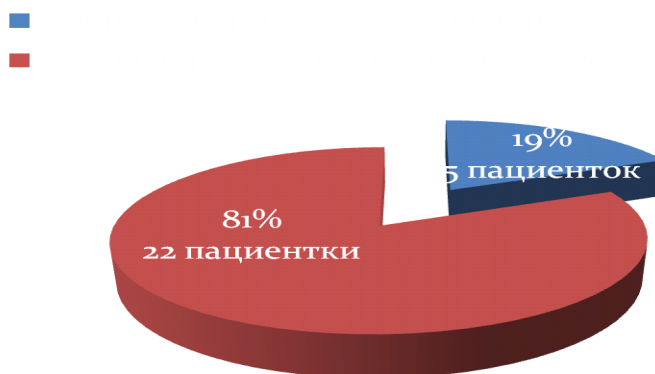
состояния системы гемостаза; биохимические показатели общесоматического статуса); ангиологический осмотр, ультразвуковое ангиосканирование, сформированное в методику ультразвуковой ангиографии, доплерометрическое исследование маточно-плацентарного кровотока во втором и третьем триместрах беременности. На основании полученных данных составлялась индивидуальная карта сосудистой патологии нижних конечностей. Клинически оценивалось морфологическое состояние поверхностной, глубокой венозных систем (с уточнением состояния клапанного аппарата). Полученные данные брались за основу при выборе схем лечения.

Все пациентки, в соответствии с задачами исследования, были распределены на группы. 1-я группа – 448 (94%) беременных, которым проводилось консервативное лечение варикозной болезни вен нижних конечностей. 2-я группа – 27 (6%) беременных, которым на разных сроках гестации (22-32 недели беременности) была выполнена операция. У 5 (19%) из них – операция Троянова+сегментарная флебэктомия; у 22 (81%) – сегментарная флебэктомия на голени, бедре.

Варианты оперативных вмешательств (n=27):

операция Троянова+сегментарная флебэктомия – 5 пациенток;

сегментарная флебэктомия на голени, бедре – 22 пациентки.



Результаты исследования.

1-ю группу составили беременные с признаками варикозной болезни вен нижних конечностей, соответствующими 0-1 стадии ХВН, а также пациентки, обратившиеся за медицинской помощью на поздних сроках гестации (35-37 недель беременности). Им проводилась комплексная консервативная терапия: назначение компрессионного медицинского трикотажа 1-2 класса компрессии для ежедневного использования во время беременности, в родах и в послеродовом периоде (4-6 месяцев); назначение флеботоников.

2-я группа – беременные с варикозной болезнью вен нижних конечностей, которая расценивалась как 2-3 стадии ХВН. После выполнения оперативного вмешательства заживление послеоперационных ран у всех пациенток проходило в обычные сроки (швы снимались на 10-е сутки послеоперационного периода). Послеоперационных осложнений не было. Состояние плода на всем протяжении беременности не страдало. В послеоперационный период и во время родов пациентки использовали госпитальный трикотаж 1-2 класса компрессии. Роды у всех протекали в обычные сроки, нормально. В период родов изменений и осложнений у рожениц (общего статуса/в зонах хирургического вмешательства венозных систем конечностей) и новорожденных не было. Все пациентки находятся под динамическим наблюдением (контрольные осмотры перед родами, в ранний послеродовый период, через полгода после оперативного лечения).

Таблица сопряженности качественных признаков у пациенток до и после оперативного лечения (n = 27).

признак	до операции	после операции
1.Отечность нижних конечностей	23	4
2.Чувство тяжести/болезненности в нижних конечностях	20	0
3.Онемение нижних конечностей	15	0
4.Локальная гиперпигментация кожных покровов	15	5
5.Косметический дефект	27	7
6.Диаметр интраплацентарных сосудов(при варикозном расширении вен органов малого таза)	7	0

Корреляционный анализ качественных признаков ($n = 27$): коэффициент корреляции (ассоциации) $r = 0,5$; $p = 0,01$; двойной точный критерий Фишера $= 0,55$.

Нами разработаны следующие клинико-организационные этапы хирургического лечения беременных с различными формами варикозной болезни вен нижних конечностей:

1. Предоперационное обследование в соответствии с существующими стандартами по варикозной болезни вен нижних конечностей и дородовому ведению беременных с экстрагенитальной патологией.
2. Тщательный отбор пациенток для оперативного лечения.
3. Психологическая подготовка пациентки к предстоящему оперативному вмешательству (врач-куратор совместно с хирургом).
4. Хирургическое вмешательство – сегментарная флебэктомия с резекцией сегмента измененной вены с перфорантом.
5. Ведение раннего послеоперационного периода в дневном стационаре.
6. Транспортировка больной домой.
7. Наблюдение на дому (или стационар на дому).

К выполнению сегментарной флебэктомии у беременных разработаны следующие показания:

1. Несостоятельность перфорантной(-ых) вены на уровне одного сегмента нижней конечности (восходящий тип варикозной болезни).
2. Необходимость улучшения трофики дистальных отделов нижней конечности за счет снижения венозной гипертензии при декомпенсированных формах хронической венозной недостаточности.
3. Быстрое прогрессирование болезни во время беременности с патологическим вертикальным и горизонтальным венозными рефлюксами.
4. Выраженный и прогрессирующий промежностно-генитальный варикоз.
5. Признаки нарушения маточно-плацентарного кровообращения (по УЗИ) как следствие прогрессирования варикозной болезни вен нижних конечностей во время беременности.

Достоинства сегментарной флебэктомии:

- небольшая длительность операции и незначительная травматизация мягких тканей конечности (вмешательства занимают немного времени - в пределах 25-30 минут, проводятся под местной анестезией, без введения агрессивных препаратов);
- отсутствие необходимости применения анестезиологического пособия большого объема;
- возможность ликвидации проявлений варикозной болезни на сегментарном уровне с сохранением неизмененных участков подкожных вен;
- сегментарная флебэктомия – вариант стационарных замещающих технологий;
- улучшение качества жизни и предотвращение осложнений у беременных с

декомпенсированными формами заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Веденский А.Н. Варикозная болезнь. - Л.-д.: Медицина, 1983. – 207 с.
2. Думпе Э.Г., Ухов Ю.И., Швальб П.Г. Физиология и патология венозного кровообращения нижних конечностей. – М., 1982. – 168 с.
3. Елисеев О.М. Сердечно-сосудистые заболевания у беременных. – М.: «Медицина», 1994. – 320 с.
4. Кулаков В.И., Серов В.Н., Барашков Ю.И. и др. Руководство по безопасному материнству. – М.: Триада-Х, 1998. – 531 с.
5. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии у беременных. – Киев.: «Авиценна», 2004. – 168 с.
6. Мозес В.Г. Варикозное расширение вен малого таза у женщин в основные возрастно-биологические периоды жизни. Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – Томск., 2006. – 21 с.
7. Нааритс С. Течение и ведение беременности и родов при варикозном расширении вен. Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – Л., 1961. – 18 с.
8. Нисвандер К., Лейзерович Г., Эванс А. (ред.). Акушерство. Справочник калифорнийского университета. – М.: «Практика», 1999.
9. Новиков К.В. Хирургическое лечение варикозной болезни вен нижних конечностей у беременных. - «Амбулаторная хирургия» №2 (2), сентябрь, 2001. – С. 37-38.
10. Новиков К.В., Воробьев В.В., Абашин В.Г., Бутыло И.И., Петров В.В. Хирургическое лечение варикозной болезни у беременных. Мат. III съезда амбулаторных хирургов РФ. - «Амбулаторная хирургия» №3-4 (35-36), ноябрь 2009. – С.135-136.
11. Стойко Ю.М. Варикозная болезнь – СПб.: ВМедА, 1992. – 21 с.
12. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада – Х, 2003. – 816 с.

13. Browse N.L., Burnand K.G., Thomas M.L. Diseases of the veins: pathology, diagnosis and treatment – London: Hodder and Stoughton Ltd, 1988. – p.
14. Dodd H., Cockett F.B. The Pathology and Surgery of the Veins of the Lower Limb. – Edinburgh. London. New York, 1977. – 333 p.
15. Delaney A.G. Anesthesia in the pregnant woman. Clin.Obstet.Gynecology, 1983.